

Cristina Maria de Jesus Fonseca Oliveira

Saúde de adultos: Autoperceção e práticas não convencionais durante a pandemia

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (Porto)

Porto, 2022

Cristina Maria de Jesus Fonseca Oliveira

Saúde de adultos: Autoperceção e práticas não convencionais durante a pandemia

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (Porto)

Porto, 2022

Cristina Maria de Jesus Fonseca Oliveira

Saúde de adultos: Autopercepção e práticas não convencionais durante a pandemia

Cristina Maria de Jesus Fonseca Oliveira

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Rute Meneses.

“Precisamos de nos tornar na mudança que desejamos ver no mundo”.

Mahatma Gandhi

Agradecimentos

Quero agradecer e expressar a minha profunda gratidão a todos os que me acompanharam nesta caminhada, quer a nível académico e pessoal, que de forma direta ou indiretamente contribuíram para tornar possível esta etapa. Foram anos de grande aprendizagem, desafios, crescimento profissional e pessoal.

Presto o meu profundo agradecimento a todos os professores responsáveis pela minha formação ao longo do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, mostraram-se sempre disponíveis para me ajudar em qualquer dificuldade, sempre com uma atitude empática e profissional.

Agradeço à Professora Doutora Rute F. Meneses, minha orientadora e supervisora de estágio, o meu profundo agradecimento por todo o profissionalismo, rigor, disponibilidade, empatia, exigência, compreensão e acompanhamento ao longo desta caminhada no estágio curricular e da presente dissertação.

Não menos importante, agradeço a mim própria, pela resiliência, e por nunca ter baixado os braços apesar das vicissitudes da vida.

Por último, quero também agradecer à minha família e aos meus colegas e amigos que estiveram sempre ao meu lado para me ajudar a enfrentar as dificuldades que iam surgindo ao longo deste percurso académico.

A todos, um muito obrigado!

Resumo

A autoperceção de saúde tem mostrado ser uma variável importante, estando relacionada com os comportamentos saudáveis dos indivíduos e com um menor risco em termos de saúde. Alguns estudos sugerem ainda uma relação com práticas de saúde não convencionais. Paralelamente, a investigação tem mostrado que ambas variam em função de variáveis sociodemográficas. Assim, a presente dissertação tem como objetivos: caracterizar a autoperceção de saúde (geral e mental) e a utilização de práticas de saúde não convencionais de adultos residentes em Portugal, durante a pandemia de COVID-19; analisar a relação entre estas variáveis e características sociodemográficas dos indivíduos, nomeadamente género, idade e escolaridade; e analisar a relação entre a autoperceção de saúde e a utilização de práticas não convencionais. Para esse efeito, foram desenvolvidos três estudos quantitativos, descritivos, correlacionais e transversais, com uma amostra de 118 indivíduos, a maioria do sexo feminino ($n = 93$, 79,5%), tendo completado o ensino superior e com idades compreendidas entre os 31 e os 88 anos ($M = 49,21$, $DP = 12,81$). A autoperceção do estado de saúde geral foi avaliada através do item 1 do SF-36 e a de saúde mental através do Mental Health Inventory 5 (MHI-5; Veit & Ware, 1983; adaptação para a população portuguesa de Pais Ribeiro, 2001). A recolha de dados sobre práticas não convencionais foi realizada através de um questionário elaborado com base na revisão da literatura sobre o tema. Os dados foram recolhidos entre 1 de outubro de 2021 e 25 de março de 2022, através do Google Forms. Observou-se que, tanto em termos de saúde geral como mental, a amostra apresenta uma perceção de boa saúde e mais de metade referiu recorrer a práticas de saúde convencionais e não convencionais, embora a estas últimas raramente. Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a perceção de saúde geral e mental e a idade, género ou escolaridade. Também não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a utilização e regularidade de práticas de saúde não convencionais e a idade ou género; no entanto, verificou-se que participantes que utilizavam apenas práticas de saúde convencionais apresentaram um nível superior de escolaridade. Por fim, a autoperceção de saúde geral e mental mostraram não estar relacionadas de forma estatisticamente significativa com a utilização ou regularidade de práticas de saúde não convencionais. As implicações práticas dos resultados e o facto de nem todos estarem de acordo com estudos prévios apoiam a relevância de aprofundar a investigação nesta área.

Palavras -chave: Autoperceção de saúde; Práticas de saúde não convencionais; Adultos; COVID-19

Abstract

Perceived health has shown to be an important variable, being related with individuals' healthy behaviors and a lower health risk. Some studies also suggest a relationship with non-conventional health practices. Thus, the aims of this dissertation are: to characterize health perception (general and mental) and the use of non-conventional health practices of adults residing in Portugal, during the COVID-19 pandemic; to analyze the relation between these variables and sociodemographic characteristics of the individuals, namely gender, age and education level; and to analyze the association between health perception and the use of non-conventional health practices. For this effect, three quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional studies were developed, with a sample of 118 indivíduos, mostly female ($n = 93$, 79.5%), having completed a higher education degree and aged between 31 and 88 years ($M = 49.21$, $DP = 12.81$). General health perception was assessed through item 1 from the SF-36; mental health perception was assessed via the Mental Health Inventory 5 (MHI 5, Veit & Ware, 1983; adaptation for the Portuguese population from Pais Ribeiro, 2001). Data about the use of non-conventional health practices was obtained via a questionnaire developed for the present study, based on the literature review about the theme. Data was collected between october 1st 2021 and march 25th 2022, via Google Forms. It was observed that the sample presents a perception of good health, both in terms of general and mental health and more than half referred to have used both non-conventional and conventional health practices, although the latter rarely. No significant relations were found between general and mental health perceptions and age, gender or education level. Additionally, no significant relations were found between the use and frequency of non-conventional health practices and age or gender; however, participants who used only conventional health practices presented a higher education level. Lastly, general and mental health perceptions showed not to be significantly related to the use and frequency of non-conventional health practices.

Key-words: Health perception; Non-conventional health practices; Adults; COVID-19

Índice Geral

Agradecimentos	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Índice Geral	viii
Índice de Tabelas	x
Índice de Gráficos	xii
Lista de Abreviaturas	xiii
Introdução Geral	1
Capítulo I – Autopercepção de Saúde durante a Pandemia: Relação com idade, género e escolaridade	5
<i>Resumo</i>	6
<i>Abstract</i>	7
<i>Introdução</i>	8
<i>Método</i>	11
Participantes	11
Material	12
Procedimento	13
<i>Apresentação e Discussão dos resultados</i>	14
Conclusão	29
Referências Bibliográficas	20
Capítulo II – Práticas Não Convencionais durante a Pandemia: Relação com idade, género e escolaridade	25
<i>Resumo</i>	26
<i>Abstract</i>	27
<i>Introdução</i>	28
<i>Método</i>	32
Participantes	32
Material	33
Procedimento	34
<i>Apresentação e Discussão dos resultados</i>	35
Conclusão	41
<i>Referências Bibliográficas</i>	42

Capítulo III - Relação entre Autopercepção de Saúde e Práticas de saúde não convencionais	47
<i>Resumo</i>	48
<i>Abstract</i>	49
<i>Introdução</i>	50
<i>Método</i>	52
Participantes	52
Material	53
Procedimento	54
<i>Apresentação e Discussão dos resultados</i>	55
Conclusão	58
Referências Bibliográficas	59
Conclusão geral	64
Referências Bibliográficas	68

Índice de tabelas

Capítulo I – Autopercepção de Saúde durante a Pandemia: Relação com idade, género e escolaridade	5
Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra	12
Tabela 2 – Dados Descritivos Relativos à Perceção de Saúde Geral	14
Tabela 3 – Diferenças de Género em termos de Perceção de Saúde Geral	16
Tabela 4 – Diferenças de Género em termos de Perceção de Saúde Mental	16
Tabela 5 - Diferenças de Idade em termos de Perceção de Saúde Geral	17
Tabela 6 - Diferenças de Idade em termos de Perceção de Saúde Mental	17
Tabela 7 - Correlação entre Nível de Escolaridade e Perceção de Saúde Geral e Mental	18
Capítulo II – Práticas Não Convencionais durante a Pandemia: Relação com idade, género e escolaridade	25
Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra	33
Tabela 2 – Utilização de Práticas Não Convencionais	35
Tabela 3 – Associação entre Género e Tipo de Práticas de Autocuidado	37
Tabela 4 – Regularidade do Uso de Práticas Não Convencionais em função do Género	37
Tabela 5 - Associação entre Idade e Tipo de Práticas de Autocuidado	38
Tabela 6 – Regularidade do uso de Práticas Não Convencionais em função da Idade	39
Tabela 7 – Diferenças em termos de Escolaridade em função de Tipo de Práticas de Autocuidado	40
Tabela 8 - Correlação entre Nível de Escolaridade e Regularidade de Uso de Práticas Não Convencionais	40
Capítulo III – Relação entre Perceção de Saúde e Práticas não Convencionais	47
Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra	53
Tabela 2 - Diferenças em termos de Perceção de Saúde Geral em função de Tipo de Práticas de autocuidado	55
Tabela 3 - Diferenças em termos de Perceção de Saúde Mental em função de Tipo de Práticas de autocuidado	56

Índice de Tabelas (cont)

Tabela 4 - Correlação entre Regularidade do uso de Práticas Não Convencionais e Percepção de Saúde geral e mental 56

Lista de Gráficos

Capítulo I - Autopercepção de saúde durante a pandemia: Relação com idade, género e escolaridade	5
Gráfico 1 - Dados descritivos relativos à percepção de saúde mental	15
Capítulo II - Práticas não convencionais durante a pandemia: Relação com idade, género e escolaridade	25
Gráfico 1 - Utilizadores de cada tipo de prática não convencional	36

Lista de Abreviaturas

MHI-5 - Mental Health Inventory 5

OMS - Organização Mundial de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

“Quando cada um de nós se decide a ser autêntico na sua postura, a procurar assumir como seus os valores universais em transparente autenticidade, na medida do seu atual nível evolutivo e desejando progredir de acordo com todo o seu potencial, então cada um de nós é”.

Luís Portela (2013)

Introdução

A autoperceção de saúde é definida como um processo subjetivo e complexo, no qual as expetativas individuais e sociais, estereótipos relacionados com papéis e valorizações pessoais se refletem na interpretação dos indicadores biológicos percecionados e estímulos vividos (Fonseca & Paúl, 2008). A investigação tem mostrado que características sociodemográficas dos indivíduos, como a idade, género e escolaridade, estão relacionadas com diferenças em termos de autoperceção de saúde (Ho, 2018; Milner et al., 2016; Zarini et al., 2014). Tem mostrado ser uma variável importante, dado estar relacionada com os comportamentos saudáveis dos indivíduos e com um menor risco em termos de saúde (Coleman et al., 2015; Ruthig et al., 2008).

Neste sentido, a perceção de saúde pode estar relacionada com um aumento do interesse nas práticas não convencionais (Isik et al., 2020), cuja utilização tem vindo a aumentar (Reid et al., 2016). Também designadas de práticas de medicina alternativa e complementar, estas incluem diversas categorias, como sistemas médicos completos (e.g., medicina tradicional chinesa, medicina naturopática), medicinas e terapias biológicas e baseadas na energia, terapias mente-corpo e terapias manipulativas ou táteis (e.g., massagem) (National Institute of Complementary Medicine, 2007). A investigação tem mostrado que a opção por estas terapias alternativas reflete a tentativa dos indivíduos de tornarem os seus cuidados de saúde mais congruentes com os seus valores e crenças pessoais, e orientação filosófica geral em relação à saúde e vida (Astin, 1998). Alguns estudos têm também vindo a explorar a relação entre a adoção destas práticas e variáveis sociodemográficas, como género, idade e escolaridade (Isik et al., 2020; Reid et al., 2016; Xue et al., 2007; Zhang et al., 2015).

Alguns autores (e.g., Ergin et al., 2011, citado por Isik et al., 2020) salientam a relevância de estudar a relação entre as perceções de saúde e utilização das práticas não convencionais, sobretudo em países que atribuem elevada importância aos valores tradicionais, e nos quais os valores espirituais, crenças e cultura têm um impacto na saúde do indivíduo.

Neste contexto, no âmbito de um projeto de investigação mais amplo, denominado *Práticas de (Auto-) Cuidados de Saúde em Portugal e Factores Associados*, da responsabilidade de Rute F. Meneses, foram desenvolvidos três estudos quantitativos, descritivos, correlacionais e transversais, uma vez que se centram na análise das relações entre variáveis, e transversais, tendo em consideração que os dados foram recolhidos num

único momento (Maroco & Bispo, 2003). Assim, optou-se por organizar a presente dissertação em três artigos científicos, no sentido de facilitar a sua posterior publicação:

O artigo I, intitulado **Autoperceção de saúde durante a pandemia: Relação com idade, género e escolaridade**, teve como objetivos caracterizar a autoperceção de saúde geral e mental de adultos residentes em Portugal, durante a pandemia de COVID-19, bem como analisar a relação entre esta perceção e variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade, o género e a escolaridade.

O artigo II, que tem como título **Práticas de saúde não convencionais durante a pandemia e correlatos sociodemográficos**, teve como objetivos caracterizar a utilização de práticas de saúde não convencionais da mesma amostra, bem como analisar a relação entre estas práticas e as variáveis sociodemográficas idade, género e escolaridade.

O artigo III, intitulado **Relação entre autoperceção de saúde e práticas de saúde não convencionais**, visou analisar a relação entre a autoperceção de saúde geral e mental e a utilização de práticas não convencionais e sua regularidade, nos mesmos indivíduos.

Segue-se a Conclusão da dissertação.

De referir que a investigação sobre este tema, em Portugal, particularmente durante a pandemia de COVID-19, parece ser ainda escassa, pelo que se pretende com este trabalho contribuir para colmatar esta lacuna. Assim, a realização da presente dissertação de mestrado torna-se pertinente no âmbito da autoperceção de saúde de adultos residentes em Portugal, durante a pandemia de COVID-19, pretendendo ser um contributo para a investigação acerca da perceção de saúde geral e mental, acerca do uso de práticas de saúde não convencionais em particular, em Portugal, que se revelam fundamentais dada a relação que têm com os comportamentos saudáveis dos indivíduos.

Autoperceção de saúde durante a pandemia: Relação com idade, género e escolaridade

Cristina Oliveira & Rute F. Meneses

Resumo

A autoperceção de saúde tem mostrado ser uma variável importante, dado estar relacionada com os comportamentos saudáveis dos indivíduos e um menor risco em termos de saúde. Assim, os objetivos do presente estudo são caracterizar a autoperceção de saúde de adultos residentes em Portugal, durante a pandemia de COVID-19, bem como analisar a relação entre esta perceção e variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade, o género e a escolaridade. Participaram no estudo 118 indivíduos, a maioria do sexo feminino ($n = 93$, 79,5%), com idades compreendidas entre os 31 e os 88 anos ($M = 49,21$, $DP = 12,81$), a maioria tendo completado o ensino superior. A perceção do estado de saúde foi avaliada através de dois itens, um do SF-36 e outro do WHOQOL-Bref, e a de saúde mental através do Mental Health Inventory 5 (MHI-5, Veit & Ware, 1983; adaptação para a população portuguesa, Pais Ribeiro, 2001). Os dados foram recolhidos entre 1 de outubro de 2021 e 25 de março de 2022, através do Google Forms. Em termos de resultados, tanto em termos de saúde geral como mental, a amostra apresenta uma perceção de boa saúde. Adicionalmente, não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a perceção de saúde geral e mental e a idade, género ou escolaridade. Este estudo sugere que neste período atípico da saúde mundial, a perceção de saúde não variava significativamente em função das variáveis sociodemográficas estudadas.

Palavras-chave: perceção de saúde; saúde mental; adultos; variáveis sociodemográficas; COVID-19.

Abstract

Self-perceived health has proved to be an important variable, since it is related with individuals' healthy behaviors and with a lower health risk. Thus, the goals of this study are to characterize the health perception of individuals living in Portugal, during the COVID-19 pandemic, as well as to analyze the association between this perception and sociodemographic variables, namely age, gender and education. Participants of this study were 118 individuals, mostly female ($n = 93, 79.5\%$), aged between 31 and 88 years ($M = 49.21, SD = 12.81$), the majority having completed a higher education degree. Perception of general health and mental health were analyzed via the Mental Health Inventory 5 (MHI 5, Veit & Ware, 1983; adaptation for the Portuguese population, Silva & Novo, 2002). Data was collected between october 1st 2021 and march 25th 2022, via Google Forms. Concerning the results, the sample presents a perception of good health, both in terms of general and mental health. Additionally, no significant relations were found between general and mental health perceptions and age, gender and education. This study suggests that in this atypical period of word health, health perception did not vary significantly according to the studied sociodemographic variables.

Key-words: health perception; mental health; adults; sociodemographic variables; COVID-19.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), a saúde diz respeito a um estado de total bem-estar ao nível físico, mental e social, não sendo apenas a ausência de doença ou invalidez. Ao longo dos últimos anos, tem-se assistido a um aumento da prevalência das perturbações mentais, que tem atingido níveis elevados em muitos países desenvolvidos (OMS, 2001).

Embora não se trate de doenças fatais em si mesmas, as doenças mentais constituem uma das principais causas mundiais de incapacidade (Brundtland, 2000), estando os sintomas associados ao comprometimento do funcionamento e qualidade de vida dos indivíduos, comparáveis ou mais marcados do que aqueles apresentados por pessoas que sofrem de doenças médicas/físicas crónicas (Means-Christensen et al., 2005).

Estudos têm sugerido que a saúde mental, saúde física e participação social estão entre os fatores que mais influenciam a qualidade de vida (Layte et al., 2013), tornando particularmente pertinente o estudo destas variáveis. De facto, verifica-se uma estreita relação entre o bem-estar e a saúde física e mental, uma relação que assume ainda maior importância em idades mais avançadas, dada a sua contribuição para um envelhecimento saudável, satisfação com a vida, felicidade, sentido de propósito e sentido da vida (Irving et al., 2017; Steptoe et al., 2015).

O conceito de saúde mental tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, sendo que na maioria da literatura publicada no século passado a saúde mental estava associada a humor negativo, e apenas cerca de 15% focava variáveis relacionadas com o bem-estar ou semelhantes (Salanova, 2008, citado por Rivera-Riquelme et al., 2019). Por outro lado, tem-se assistido a um aumento do interesse no bem-estar e psicologia positiva como formas de promover o bem-estar no sentido da prevenção, recuperação da doença e promoção da resiliência (Ruini & Ryff, 2016, citado por Ryff, 2018; Vázquez et al., 2009), dadas as evidências crescentes de que as variáveis psicológicas positivas têm um impacto ao nível da evolução de várias doenças (Taylor et al., 2000).

Neste contexto, de acordo com Wu et al. (2013), a avaliação que uma pessoa faz da sua própria saúde é tão importante como os indicadores mais tradicionais de saúde. Em particular, é importante na interpretação da taxa de morbilidade e na avaliação da qualidade de vida da população idosa (Smith et al., 2004); tem revelado ser preditor da morbilidade e mortalidade e da incidência de doenças crónicas, como a diabetes e doenças

cardiovasculares, mesmo após o controlo de fatores como a existência de comorbilidade e o estado funcional (DeSalvo et al., 2006; Idler & Benyamini, 1997).

A autoperceção de saúde é assim definida como um processo subjetivo e complexo, no qual a interpretação dos indicadores biológicos percebidos e estímulos vivenciados é moldada pelas expectativas individuais e sociais, estereótipos relacionados com papéis e valorizações pessoais (Fonseca & Paúl, 2008). A maioria das pessoas experiencia a sua saúde a um nível global, tendo por base vários fatores, como o estado médico, funcional, funcionamento psicológico e estado emocional, fatores sociais, exigências dos diversos papéis desempenhados, acontecimentos de vida e idade (Bryant et al., 2000). Esta perceção que o indivíduo tem acerca da sua própria saúde abrange várias dimensões, física, emocional, estatuto de saúde social e vida no geral (Bae & Kim, 2015; Prieto-Flores et al., 2012), e contribui significativamente para a qualidade de vida (Halvorsrud & Kalfoss, 2007). Deste modo, ter uma boa ideia acerca da própria saúde física está relacionada com um menor risco em termos de saúde (Ruthig et al., 2008) e tem revelado estar relacionada com os comportamentos saudáveis dos indivíduos (e.g., Coleman et al., 2015).

Adicionalmente, na avaliação da perceção de saúde mental, torna-se relevante considerar a sua dimensão negativa, mas também a positiva, como sugerido pelo modelo bidimensional da saúde mental, proposto por Greenspoon e Saklofske (2001). Neste sentido, o Inventário de Saúde Mental (Mental Health Inventory; MHI) é uma ferramenta de triagem que reflete este conceito de saúde mental mais abrangente, não incluindo apenas a ausência de psicopatologia, mas também a existência de um estado de bem-estar em que cada indivíduo concretiza o seu potencial, está capaz de lidar adequadamente com os níveis de *stress* com que se depara nos vários acontecimentos de vida, contribuindo também desta forma para a comunidade em que está inserido (Organização Mundial de Saúde, 2005). Trata-se de um instrumento originalmente desenvolvido por Veit e Ware (1983), utilizado com muita frequência na investigação, sendo que a versão curta entretanto elaborada é particularmente útil em casos específicos nos cuidados de saúde primários, de modo a que os profissionais de saúde possam referir os pacientes para avaliação adicional (Santos & Novo, 2020). Assim, este instrumento pode ajudar na deteção precoce de psicopatologia e monitorização do curso dos tratamentos (Santos & Novo, 2020). A versão curta tem sido comparada com outros instrumentos que avaliam a perceção de saúde e qualidade de vida, destacando-se o facto de apresentar um bom desempenho, quando comparado com instrumentos mais longos, como o *Mental Health*

Component Summary (MCS; Ware et al., 2000, citado por Rivera-Riquelme et al., 2019), num estudo de Kelly et al. (2008), bem como o ser capaz de detetar problemas de saúde mental, de forma semelhante a outros instrumentos, como o *General Health Questionnaire* (GHQ-12; Goldberg & Williams, 1988, citado por Rivera-Riquelme et al., 2019), com a vantagem de que pode ser usado também em questionários de saúde e qualidade de vida em geral, e não apenas em questionários de saúde mental (Hoeymans et al., 2004). Uma vez que avalia tanto o bem-estar como o *distress* psicológico, torna-se adequado para ser utilizado com populações não clínicas (Marques et al., 2011).

Esta avaliação que as pessoas fazem da sua própria saúde tem revelado ser influenciada por fatores diversos, como a cultura, a idade, o género, nível de escolaridade, situação profissional, local de residência e hábitos e estilo de vida, como hábitos tabágicos, consumo de álcool e atividade física (Manderbacka, 1998). Mais especificamente, estudos têm mostrado que a autoperceção de saúde está relacionada com variáveis sociodemográficas, como a idade e o género, sendo que apresenta uma tendência para piorar à medida que a idade avança, sobretudo em mulheres, que apresentam maior dependência de medicação e mais doenças crónicas do que os homens, utilizando com maior frequência os serviços de saúde (Cabral et al., 2013; Jakobsson et al., 2004). Zarini et al. (2014) avaliaram a auto-perceção de saúde geral, solicitando aos participantes para classificarem o seu estado de saúde, e verificaram uma percentagem mais elevada de mulheres a classificar a sua saúde como pobre/razoável, quando comparadas com os homens. Verificaram também diferenças entre grupos etários, com uma percentagem mais elevada de indivíduos mais velhos, com idade superior a 55 anos, a classificar a sua saúde como pobre/razoável. Damodaran e Varghese (2016) realizaram um estudo com estudantes indianos, entre os 18 e 24 anos, e não encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres em termos da perceção de saúde mental geral, avaliada através do MHI-5, mas verificaram que os homens apresentavam um afeto positivo geral significativamente superior às mulheres. Também Milner et al. (2016) desenvolveram uma investigação na Austrália, na qual avaliaram a perceção de saúde mental, através do MHI-5, observando que os homens apresentavam uma melhor perceção de saúde mental do que as mulheres e, em termos de idade, o grupo de indivíduos com mais de 61 anos evidenciou também melhor perceção de saúde mental, quando comparado com o grupo de adultos mais jovens no estudo, com idade inferior a 30 anos. A autoperceção de saúde está também associada a variáveis como o nível de escolaridade e o rendimento (Geib, 2012), sendo que um nível inferior de escolaridade e uma situação

económica mais desfavorável estão associados a uma perceção mais negativa do estado de saúde geral, avaliado através de uma questão, “Como classificaria o seu estado de saúde?” (Fonseca et al., 2008; Ho, 2018; Jerković et al., 2017; Subramanian et al., 2010) e, deste modo, com uma qualidade de vida inferior, avaliada por Fonseca e colaboradores (2008) através da versão brasileira do WHOQOL (Fleck et al., 1999).

Adicionalmente, o surgimento da pandemia COVID-19 e consequente aumento de stressores psicossociais, tem mostrado ter um impacto ao nível da perceção de saúde física e mental, com um aumento da sintomatologia depressiva e ansiosa, aumento da solidão e de medo e preocupação com a situação pandémica (Amerio et al., 2020; Frankenthal et al., 2022).

Assim, os objetivos do presente estudo são caracterizar a autoperceção de saúde de adultos residentes em Portugal, durante a pandemia de COVID-19, bem como analisar a relação entre esta perceção e variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade, o género e a escolaridade.

Método

O presente estudo é um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, uma vez que visa o estudo das relações entre variáveis, e transversal, tendo em consideração que os dados foram recolhidos num único momento (Maroco & Bispo, 2003).

Participantes

A amostra é constituída por 118 participantes, a maioria do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 31 e os 88 anos ($M = 49,21$, $DP = 12,81$). Para efeitos da análise de dados, a amostra foi dividida em dois grupos etários: 30-50 anos e mais de 50 anos, visando dividir a amostra em adultos e adultos mais velhos. Em termos de escolaridade, a maioria dos participantes frequentou o ensino superior. A Tabela 1 apresenta as medidas descritivas relativas às características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N =118)*

	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	93	79,5
Masculino	24	20,5
Idade		
30-50 anos	69	58,5
> 50 anos	49	41,5
Escolaridade		
Nenhuma	1	0,9
1º Ciclo	2	1,7
2º Ciclo	3	2,6
3º Ciclo	1	0,9
Secundário	7	6,0
Bacharelato	3	2,6
Licenciatura	36	31,0
Mestrado	34	29,3
Doutoramento	29	25,0

Material

Para avaliar a percepção do estado de saúde recorreu-se ao primeiro item do SF-36 (Pais Ribeiro, 2005), em que o participante é questionado “Em geral, como diria que a sua saúde é?”, variando as opções de resposta entre 1 (Ótima) e 5 (Fraca).

Para analisar a percepção do estado de saúde mental, foi utilizado o Mental Health Inventory 5 (MHI-5), desenvolvido originalmente por Veit e Ware (1983), e adaptado para a população portuguesa por Pais Ribeiro (2001), bem como por Silva e Novo (2002). Este inventário é constituído por cinco questões, respondidas numa escala de tipo *likert* de seis pontos, em que pontuações mais elevadas correspondem a melhor saúde mental (Santos & Novo 2020). A pontuação total do inventário é calculada através da soma das respostas às cinco questões, podendo variar entre 5 e 30, sendo posteriormente convertida numa escala de 0 a 100, através da fórmula [(nota bruta - valor mais baixo

possível)/Variação] x 100 (Pais Ribeiro, 2005). Em termos de propriedades psicométricas, a versão portuguesa do inventário apresentou uma boa consistência interna, com um valor de Alfa de Cronbach de 0,87 (Pais Ribeiro, 2005). No presente estudo, o instrumento apresentou uma boa consistência interna, com valor de Alfa de Cronbach de 0,84.

Para recolher dados relativos a características sociodemográficas relevantes para o presente estudo, foi elaborado um questionário sociodemográfico, com questões relativas ao género, idade e escolaridade, além de outras não exploradas no presente estudo.

De referir que o questionário utilizado para a recolha de dados era mais amplo, sendo que acima são descritas apenas as componentes do questionário que foram analisadas no presente estudo.

Procedimento

O presente estudo encontra-se inserido numa investigação mais abrangente, intitulada *Práticas de (Auto-) Cuidados de Saúde em Portugal e Factores Associados*, da responsabilidade da segunda autora.

Assim, após a obtenção das devidas autorizações, nomeadamente do autor da versão em Português Europeu do MHI-5 para a sua utilização, da Universidade Fernando Pessoa (UFP) e sua Comissão de Ética, teve lugar a divulgação do estudo.

A recolha de dados foi realizada *online*, através do Google Forms, tendo o protocolo de investigação sido colocado *online* no dia 1 de outubro de 2021 e concluindo-se a recolha de dados dia 25 de março de 2022. A divulgação do questionário foi realizada recorrendo ao email institucional, redes sociais e rede de contactos pessoais dos investigadores e através da medida de Apoio à Investigação em Saúde Psicológica da Ordem dos Psicólogos Portugueses. O protocolo começava por explicar a cada participante o objetivo geral do estudo, bem como o procedimento relacionado com a sua participação, orientações necessárias, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos, e cada participante dava o seu assentimento informado antes de começar a responder ao mesmo.

A análise estatística dos dados foi realizada recorrendo ao programa IBM SPSS, versão 28 - *Statistical Package for the Social Sciences*.

Foi verificada a normalidade da variável quantitativa relativa à percepção de saúde mental, pressuposto que deve estar cumprido para utilizar estatística paramétrica, através da análise dos valores de assimetria e curtose, os resultados do teste Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk e os gráficos (Martins, 2011). Verificou-se que o pressuposto não se encontrava cumprido, pelo que foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos e, uma vez que foram obtidos resultados semelhantes, são reportados os resultados dos testes paramétricos com esta variável (Fife-Schaw, 2006).

Assim, foi utilizado o teste t para amostras independentes, para analisar diferenças entre dois grupos (de acordo com o género e grupo etário) ao nível da percepção de saúde mental.

Para analisar diferenças entre dois grupos (de acordo com o género e grupo etário) ao nível da percepção de saúde geral, uma vez que é uma variável ordinal, utilizou-se o teste de Mann-Whitney.

Recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman para analisar a correlação entre a percepção de saúde mental e geral e a escolaridade, dado esta tratar-se de uma variável ordinal.

Foram considerados estatisticamente significativos valores de p inferiores a 0,05.

Apresentação e Discussão dos Resultados

A Tabela 2 apresenta os dados descritivos relativos à percepção de saúde geral.

Tabela 2

Dados Descritivos Relativos à Percepção de Saúde Geral (N =118)

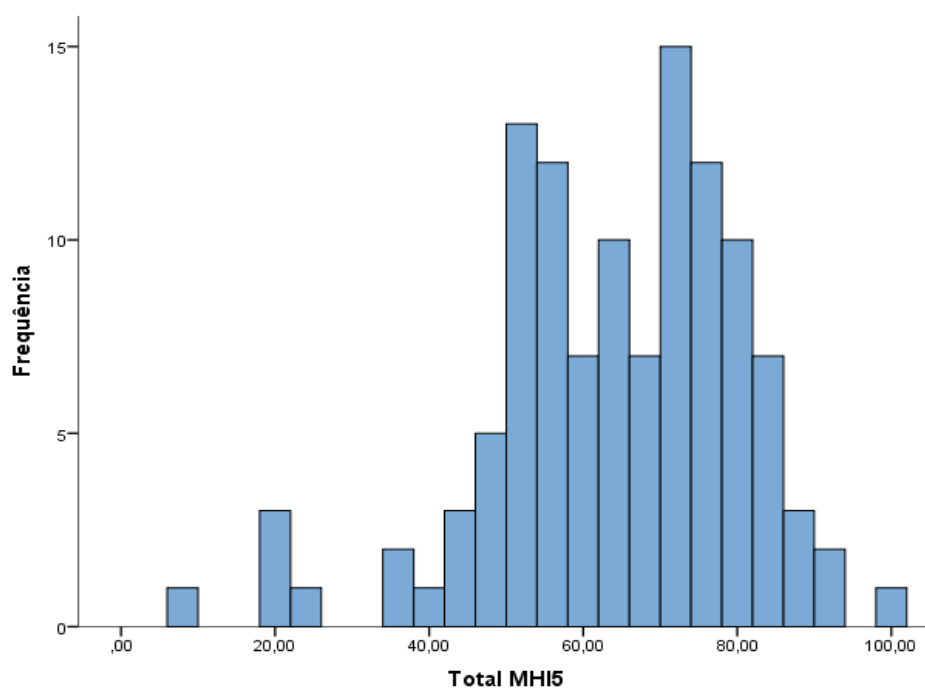
	<i>n</i>	%
Percepção de saúde geral		
Ótima	4	3,4
Muito boa	23	19,5
Boa	59	50,0
Razoável	24	20,3
Fraca	8	6,8

No que se refere à percepção de saúde geral, observou-se que metade da amostra classificou a sua saúde como “boa”.

Relativamente à percepção de saúde mental (Gráfico 1), observou-se que as pontuações variaram entre 8 e 100, com uma média de 64,24 ($DP = 16,40$).

Gráfico 1

Dados Descritivos relativos à Percepção de Saúde Mental



Assim, pode observar-se que, tanto em termos de saúde geral como mental, a amostra apresentava uma percepção de boa saúde. Uma vez que esta se trata de uma amostra não clínica, de conveniência, pode supor-se que os indivíduos que percecionavam a sua saúde como menos boa tivessem optado por não participar neste estudo.

Relativamente a diferenças de género ao nível da percepção de saúde geral e saúde mental, os resultados são apresentados nas Tabelas 3 e 4, respetivamente.

Tabela 3*Diferenças de Género em termos de Perceção de Saúde Geral (N=117)*

	Feminino (n = 93) <i>Ordem Média</i>	Masculino (n = 24) <i>Ordem Média</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Perceção saúde geral	58,73	60,06	1090,50	0,853

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre participantes do género feminino e masculino, em termos da perceção de saúde geral.

Tabela 4*Diferenças de Género em termos de Perceção de Saúde Mental (N=117)*

	Feminino (n = 91) <i>M (DP)</i>	Masculino (n = 23) <i>M (DP)</i>	<i>t(112)</i>	<i>p</i>
Perceção saúde mental	62,99 (16,96)	68,35 (13,26)	-1,41	0,162

Da mesma forma, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre participantes do sexo feminino e masculino, em termos da perceção de saúde mental (Tabela 4).

Estes resultados são diferentes dos que foram obtidos por outros autores, que verificaram que as mulheres apresentam uma perceção de saúde inferior quando comparadas com os homens (e.g., Zarini et al., 2014). Por outro lado, alguns estudos (e.g., Damodaran & Varghese, 2016) também não encontraram diferenças de género estatisticamente significativas em termos da perceção de saúde mental. É possível que a diferença de género ao nível da saúde percebida varie de acordo com o grupo etário, podendo acontecer que as diferenças se evidenciem por exemplo numa fase da vida mais avançada. De facto, o estudo de Damodaran e Varghese (2016) foi realizado com estudantes do ensino superior, com idades entre os 18 e os 24 anos. Já o estudo de Zarini

et al. (2014), que encontrou diferenças de género, integrou participantes com idades superiores a 18 anos, incluindo também idosos. Adicionalmente, alguns autores apontam que a autoperceção de saúde tem uma tendência para piorar à medida que a idade avança, em particular no género feminino, que apresenta uma maior dependência de medicação e mais doenças crónicas do que os homens (Cabral et al., 2013; Jakobsson et al., 2004). Salienta-se ainda que a amostra do presente estudo foi constituída maioritariamente por mulheres, o que pode também ter implicações nos resultados obtidos.

No que se refere aos resultados da análise da perceção de saúde geral e mental de acordo com a idade, estes são apresentados nas Tabelas 5 e 6, respetivamente.

Tabela 5

Diferenças de Idade em termos de Perceção de Saúde Geral (N=117)

	30-50 anos (n = 69) <i>Ordem Média</i>	Mais de 50 anos (n = 49) <i>Ordem Média</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Perceção saúde geral	62,56	55,19	1479,50	0,214

Como pode verificar-se na Tabela 5, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre participantes do grupo etário 30-50 anos e participantes com idades superiores a 50 anos, em termos da perceção de saúde geral.

Tabela 6

Diferenças de Idade em termos de Perceção de Saúde Mental (N=117)

	30-50 anos (n = 68) <i>M (DP)</i>	Mais de 50 anos (n = 47) <i>M (DP)</i>	<i>t(113)</i>	<i>p</i>
Perceção saúde mental	62,18 (17,17)	67,23 (14,89)	-1,64	0,104

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos etários em termos da perceção de saúde mental (Tabela 6).

Estes resultados não vão ao encontro dos que têm sido obtidos em algumas investigações anteriores, que têm encontrado evidências de que a autoperceção de saúde tende a piorar à medida que a idade avança (Cabral et al., 2013; Jakobsson et al., 2004; Zarini et al., 2014). Por outro lado, Milner et al. (2016) observaram que o grupo de indivíduos com mais de 61 anos apresentava uma melhor perceção de saúde mental, avaliada através do MHI-5, apenas quando comparado com o grupo de adultos mais jovens no estudo, com idade inferior a 30 anos. Assim, a diferença poderá não ser entre os grupos etários considerados no presente estudo, mas entre adultos e idosos, isto é, pessoas com idade superior a 65 anos, o que pode explicar os resultados obtidos. Neste sentido, a alteração das limitações físicas que acompanha o aumento da idade, salientada por Ferreira e Santana (2003), poderiam afetar a perceção do estado de saúde.

De seguida, apresenta-se a análise da relação entre escolaridade e perceção de saúde geral e mental (Tabela 7).

Tabela 7

Correlação entre Nível de Escolaridade e Perceção de Saúde Geral e Mental (N=117)

	Escolaridade	
	r_s	p
Perceção de saúde geral	0,12	0,210
Perceção de saúde mental	-0,05	0,632

Como pode verificar-se na Tabela 7, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a escolaridade e a perceção de saúde geral ou mental. Alguns estudos anteriores reportaram uma associação negativa entre a escolaridade e a perceção de saúde (e.g., Geib, 2012; Ho, 2018; Jerković et al., 2017; Subramanian et al., 2010); no entanto, é de notar que estes estudos foram maioritariamente realizados com amostras de idosos. Por outro lado, os resultados obtidos no presente estudo podem ser influenciados pelo facto de esta amostra ser constituída maioritariamente por participantes com o ensino superior, pelo que os níveis mais baixos de escolaridade não se encontram tão representados. De facto, Ho (2018) reportou a existência de uma relação entre a escolaridade e a perceção de saúde, sendo a diferença encontrada entre participantes com um nível educacional inferior ao ensino primário e participantes com

escolaridade superior a este nível. Também Subramanian et al. (2010) verificaram uma relação entre a escolaridade e a auto-percepção de saúde, sendo a diferença entre o nível superior de escolaridade (ensino superior completo) e o nível mais baixo (sem educação formal).

Conclusão

No presente estudo verificou-se que, numa amostra de adultos a viver em Portugal, dos 31 aos 88 anos de idade, cuja percepção de saúde geral e mental se poderia caracterizar como boa, variáveis sociodemográficas como a idade, o género e a escolaridade não estavam relacionadas, de forma estatisticamente significativa, com tais percepções.

Devem ser tidas em consideração algumas limitações do estudo, que podem ter tido implicações nos resultados obtidos. Em primeiro lugar, a baixa heterogeneidade da amostra, nomeadamente ao nível do género e escolaridade, que pode ter colocado limitações à análise de dados. Pelo mesmo motivo, não foi possível analisar diferenças entre adultos e idosos, dada a reduzida dimensão da amostra de idosos do estudo. De referir também o facto de a recolha de dados ter sido realizada *online* que, embora seja facilitadora em termos de acesso aos dados, poderá colocar alguns constrangimentos para participantes que não estejam confortáveis com o uso das tecnologias, e internet em particular. Poderá ser por este motivo que não foram obtidos muitos dados relativos a idosos. Adicionalmente, a grande dimensão do questionário no qual estavam inseridas as questões aqui analisadas poderá ter causado maior cansaço em alguns participantes, levado mesmo à desistência de alguns ou à existência de dados incompletos. O facto de os indicadores de saúde serem avaliados através de questionários pode acarretado algum viés, uma vez que estes refletem as percepções dos participantes, que podem ser influenciadas por vários aspetos, como por exemplo o estado emocional no momento da resposta.

Assim, dada a importância deste tema, sugere-se que continue a ser abordado em estudos futuros, com amostras maiores e mais heterogéneas, analisando a relação entre percepção de saúde e outras variáveis sociodemográficas, como o rendimento, a região de residência (rural ou urbana), o estado civil, o estilo de vida, como a dieta e prática de atividade física. Sugere-se também a adoção de um protocolo de recolha de dados menos extenso.

Apesar das limitações referidas, este estudo vem contribuir para a investigação acerca da percepção de saúde geral e mental, em particular, em Portugal, que se revelam fundamentais dada a relação que têm com os comportamentos saudáveis dos indivíduos. Assim, torna-se relevante a continuação deste estudo, e o foco em características sociodemográficas e comportamentais da população, no sentido de promover o seu bem-estar e qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Amerio, A., Aguglia, A., Odone, A., Gianfredi, V., Serafini, G., Signorelli, C., & Amore, M. (2020). Covid-19 pandemic impact on mental health of vulnerable populations. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 91(9-S), 95–96. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i9-S.10112>
- Bae, Y., & Kim, H. (2015). Gender differences in factors affecting subjective health state among Korean elderly: Analysis of 2012 and 2013 Korean national health and nutrition examination survey. *Journal of The Korean Society of Integrative Medicine*, 3, 79–90.
- Brundtland, G. H. (2000). Mental health in the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 411–411. <https://www.scielosp.org/article/bwho/2000.v78n4/411-411/en/>
- Bryant, L. L., Beck, A., & Fairclough, D. L. (2000). Factors that contribute to positive perceived health in an older population. *Journal of Aging and Health*, 12(2), 169–192. <https://doi.org/10.1177/089826430001200202>
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. Guide- Artes Gráficas, Lda. <https://www.ffms.pt/FileDownload/b45aa8e7-d89b-4625-ba91-a6f73f4ecb3/processos-de-envelhecimento-em-portugal>
- Coleman, A. M., Hicks-Coolick, A., & Brown, A. F. (2015). The role of perception in developing healthy lifestyles and community engagement. *Journal of the Georgia Public Health Association*, 5(1), 45-50.
- Damodaran, D., & Paul, V. (2016). Gender and mental health: Are there differences? *The International Journal of Indian Psychology*, 3(2), 190-199.

- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267–275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>
- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: Contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 15-30.
- Fife-Schaw, C. (2006). Levels of Measurement. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Eds), *Research Methods in Psychology* (3.^a Ed.). Sage.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOOQL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33, 198 – 205.
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: Perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics & Gerontologia*, 2(1), 32-37.
- Fonseca, A. M., Paúl, C., & Martin, I. (2008). Life satisfaction and quality of life amongst elderly Portuguese living in the community. *Portuguese Journal of Social Science*, 7(2), 87-102. https://doi.org/10.1386/pjss.7.2.87_1
- Frankenthal, D., Keinan-Boker, L., & Bromberg, M. (2022). Rise in depression and anxiety during the COVID-19 pandemic: Results from a cross-sectional national survey. *Psychology, Health & Medicine*. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2057558>
- Geib, L. T. C. (2012). Social determinants of health in the elderly. *Ciencia & saude coletiva*, 17 (1), 123. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>
- Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54, 81–108. <https://doi.org/10.1023/A:1007219227883>
- Halvorsrud, L., & Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: A review of empirical studies published during 1994–2006. *European Journal of Ageing*, 4, 229–246. <https://doi.org/10.1007/s10433-007-0063-3>
- Ho, S. H. (2018). Correlations among self-rated health, chronic disease, and healthcare utilization in widowed older adults in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 26(5), 308-315. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000248>

- Hoeymans, N., Garssen, A. A., Westert, G. P., & Verhaak, P. F. (2004). Measuring mental health of the Dutch population: A comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-23>
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37. <https://doi.org/10.2307/2955359>
- Irving, J., Davis, S., & Collier, A. (2017). Aging with purpose: Systematic search and review of literature pertaining to older adults and purpose. *The International Journal of Aging and Human Development*, 85(4), 403-437. <https://doi.org/10.1177/0091415017702908>
- Jakobsson, U., Hallberg, I. R., & Westergren, A. (2004). Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of Life Research*, 13(1), 125-136. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000015286.68287.66>
- Jerković, O. S., Sauliūne, S., Šumskas, L., Birt, C. A., & Kersknik, J. (2017). Determinants of self-rated health in elderly populations in urban areas in Slovenia, Lithuania and UK: Findings of the EURO-URHIS 2 survey. *European Journal of Public Health*, 27(2), 74–79. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv097>.
- Kelly, M. J., Dunstan, F. D., Lloyd, K., & Fone, D. L. (2008). Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12: A comparison of five different methods. *BMC Psychiatry*, 8(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-10>
- Layte, R., Sexton, E., & Savva, G. (2013). Quality of life in older age: Evidence from an Irish cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61, S299-S305.
- Manderbacka, K. (1998). Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(2), 145-153. <https://doi.org/10.1177/14034948980260020301>
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Climepsi Editores.
- Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J. L., & Lopez, S. J. (2011). Use of the “Mental Health Inventory–5” with Portuguese 10-15 years old. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 478-485. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.43
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS. Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios.

- Means-Christensen, A. J., Arnau, R. C., Tonidandel, A. M., Bramson, R., & Meagher, M. W. (2005). An efficient method of identifying major depression and panic disorder in primary care. *Journal of Behavioral Medicine, 28*(6), 565-572.
- Milner, A., Krnjacki, L., & LaMontagne, A. D. (2016). Age and gender differences in the influence of social support on mental health: A longitudinal fixed-effects analysis using 13 annual waves of the HILDA cohort. *Public Health, 140*, 172-178. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.06.029>
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Global Health and Aging*. https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
- Pais Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças, 2* (1), 77-99.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde - SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Prieto-Flores, M. E., Moreno-Jimenez, A., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo- Perez, F., & Forjaz, M. J. (2012). The relative contribution of health status and quality of life domains in subjective health in old age. *Social Indicators Research, 106*, 27–39. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9791-z>
- Rivera-Riquelme, M., Piqueras, J. A., & Cuijpers, P. (2019). The Revised Mental Health Inventory-5 (MHI-5) as an ultra-brief screening measure of bidimensional mental health in children and adolescents. *Psychiatry Research, 274*, 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.045>
- Ruthig, J. C., Chipperfield, J. G., Bailis, D. S., & Perry, R. P. (2008). Perceived control and risk characteristics as predictors of older adults' health risk estimates. *The Journal of Social Psychology, 148*(2), 667–688. <https://doi.org/10.3200/SOCP.148.6.667-688>
- Ryff, C. D. (2018). Well-being with soul: Science in pursuit of human potential. *Perspectives on Psychological Science, 13*(2), 242-248. <https://doi.org/10.1177/1745691617699836>

- Santos, A. M., & Novo, R. F. (2020). Mental health inventory: Sensitivity and specificity of the Portuguese version of the MHI-38 and MHI-5. *Psychological Reports, 123* (4), 1452-1469. <https://doi.org/10.1177/0033294119850490>
- Silva, M., & Novo, R. (2002). *Inventário de Saúde Mental: Adaptação portuguesa para adultos de idade avançada*. Centro de Investigação em Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Smith, A. E., Sim, J., Scharf, T., & Phillipson, C. (2004). Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. *Ageing & Society, 24*(5), 793-814. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002569>
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet, 385*(9968), 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Subramanian, S. V., Huijts, T., & Avendano, M. (2010). Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: How do they correlate with education? *Bulletin of the World Health Organization, 88*, 131-138. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.067058>
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist, 55*(1), 99-109.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 5* (1), 15-28.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 730-742. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>
- Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., & He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: A population-based study. *BMC Public Health, 13*, 320–329. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320>
- Zarini, G. G., Vaccaro, J. A., Canossa Terris, M. A., Exebio, J. C., Tokayer, L., Antwi, J., Ajabshir, S., Cheema, A., & Huffman, F. G. (2014). Lifestyle behaviors and self-rated health: The living for health program. *Journal of Environmental and Public Health, 2014*, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2014/315042>

Práticas não convencionais durante a pandemia: Relação com idade, género e escolaridade

Cristina Oliveira & Rute F. Meneses

Resumo

A utilização de práticas de saúde não convencionais no autocuidado (e.g., medicina naturopática, acupuntura, osteopatia, reiki) tem vindo a aumentar a nível mundial, com vista à prevenção e tratamento da doença. Os objetivos do presente estudo são caracterizar a utilização de práticas de saúde não convencionais de adultos residentes em Portugal, e regularidade da mesma, durante a pandemia de COVID-19, bem como analisar a relação entre estas práticas e variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade, o género e a escolaridade. Participaram no estudo 118 indivíduos, a maioria do sexo feminino ($n=93$, 79,5%), com idades compreendidas entre os 31 e os 88 anos ($M = 49,21$, $DP = 12,81$), a maioria tendo completado o ensino superior. A recolha de dados foi realizada através de um questionário elaborado com base na revisão da literatura sobre o tema. Os dados foram recolhidos entre 1 de outubro de 2021 e 25 de março de 2022, através do Google Forms. Os resultados mostraram que mais de metade da amostra referiu recorrer a práticas de saúde convencionais e não convencionais, embora a estas últimas raramente. Participantes que utilizavam apenas práticas de saúde convencionais apresentaram um nível superior de escolaridade; não foram encontradas relações significativas com a idade ou género. Este estudo contribui para a investigação acerca da utilização de práticas de saúde não convencionais, em Portugal.

Palavras-chave: práticas de saúde não convencionais; adultos; variáveis sociodemográficas; COVID-19.

Abstract

The use of non-conventional health practices for self-care (e.g., naturopathic medicine, acupuncture, osteopathy, reiki) has been increasing worldwide, for the prevention and treatment of diseases. The aims of the present study are to characterize the use of non-conventional health practices of adults residing in Portugal, and its frequency, during the COVID-19 pandemic, as well as to analyze the relation between these practices and sociodemographic variables, namely age, gender and education level. Participants of this study were 118 individuals, mostly female ($n = 93$, 79.5%), aged between 31 and 88 years ($M = 49.21$, $SD = 12.81$), the majority having completed a higher education degree. Data collection was carried out via a questionnaire developed based on the literature review about the theme. Data was collected between october 1st 2021 and march 25th 2022, via Google Forms. Results showed that more than half of the sample referred to have used both non-conventional and conventional practices, although the latter rarely. Participants who used only conventional health practices presented a significantly higher education level; no significant relations were found with age or gender. This study contributes to the research about the use of non-conventional health practices in Portugal.

Key-words: non-conventional health practices; adults; sociodemographic variables; COVID-19.

Introdução

A designação de práticas de medicina alternativa e complementar abrange uma variedade de categorias, incluindo sistemas médicos completos (e.g., medicina tradicional chinesa, medicina naturopática), medicinas e terapias biológicas e baseadas na energia, terapias mente-corpo e terapias manipulativas ou táteis (e.g., massagem) (National Institute of Complementary Medicine, 2007). Tem sido também classificada em alguns estudos (e.g., Teo et al., 2016) em quatro grupos principais: 1) sistemas de base biológica (e.g., medicina tradicional chinesa, suplementos herbais, vitaminas), 2) métodos manipulativos e baseados no corpo (e.g., massagem, acupuntura), 3) intervenções mente-corpo (e.g., terapias de relaxamento, como yoga, meditação, tai chi) e 4) terapias de energia (e.g., terapia magnética). Adicionalmente, é de referir que há alguma diversidade e divergência de terminologia nesta área, sendo que em Portugal a denominação adotada pelo Serviço Nacional de Saúde (2017) é a de Terapêuticas Não Convencionais. Para efeitos do presente estudo, a designação adotada é a de práticas de saúde não convencionais.

Embora no passado estes fossem métodos usados apenas para tratamento de doenças agudas ou crónicas, atualmente a maioria dos indivíduos recorre a este tipo de abordagem, não apenas para a prevenção do desenvolvimento de doenças, mas também para dar suporte ao seu tratamento médico atual (Sonmez et al., 2018, citado por Isik et al., 2020).

Existem várias práticas de saúde não convencionais, com diferentes focos e finalidades distintas, tendo sido destacadas para o presente estudo, por exemplo, a acupuntura, arteterapia, musicoterapia, osteopatia, psicoterapia, reiki e técnicas de relaxamento/ exercícios de respiração. De salientar, no entanto, que considerar estas práticas não convencionais não é consensual. Por exemplo, o estatuto da osteopatia, a acupuntura e a psicoterapia em Portugal é diferente das restantes, sendo que estas práticas já se encontram regulamentadas (Direção Geral de Saúde, 2022).

Quanto à acupuntura, trata-se de uma prática chinesa, que tem vindo a tornar-se popular mundialmente no alívio da dor (Urits et al., 2021). Implica a colocação de agulhas finas em vários pontos do corpo (Urits et al., 2021), sendo o objetivo promover o fluxo de Qi, que é a essência da vida, através dos meridianos. Têm sido descritos perto de 400 pontos de acupuntura, mundialmente, localizados em quase 20 meridianos, ou canais de

energia (Lim et al., 2018). Estudos têm documentado os efeitos benéficos da acupuntura no alívio da dor e perturbações de ansiedade, por exemplo (Pilkington et al., 2007).

Uma prática semelhante é o reiki, que é uma terapia que trabalha com a energia que conduz o corpo humano a um maior estado de calma, que está relacionado com a saúde e a cura (Segen, 1998, citado por Morero et al., 2021). Os terapeutas conduzem esta energia de cura que entra no topo da cabeça e sai do corpo (Segen, 1998, citado por Morero et al., 2021). Leva a uma diminuição de sintomas relacionados com hipertensão, ansiedade, cancro, depressão, perturbações de sono, perturbações de humor e *stress* (Beulke et al., 2019; Kurebayashi et al., 2016; Orsak et al., 2015). Revelou também promover o relaxamento e reduzir a ansiedade e depressão em idosos (Erdogan & Cinar, 2016; Richeson et al., 2010).

A arteterapia envolve o uso de meios artísticos para a criação artística visual, de modo a explorar emoções pessoais, ajustar o humor, aumentar o autoconhecimento, desenvolver competências sociais, reduzir a ansiedade e aumentar a autoestima (American Art Therapy Association, 2013). Tem revelado benefícios, por exemplo, no tratamento da perturbação de *stress* pós-traumático em adultos (Baker, 2006; Gantt & Tinnin, 2009).

A musicoterapia é definida pela Associação de Musicoterapia Americana como a utilização da música e dos seus elementos, como som, ritmo, melodia, harmonia, tempo, para atingir objetivos individualizados por parte de um profissional, numa relação terapêutica (Sliwka et al., 2014). Tem mostrado efeitos positivos em doenças como a doença de Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla e ataxia (Bidabadi & Mehryar, 2015; Cervellin et al., 2011; Kamioka et al., 2014), melhorando também o estado mental e funcionamento social em perturbações psiquiátricas como depressão, ansiedade, esquizofrenia, autismo e demência (Bidabadi & Mehryar, 2015; Kamioka et al., 2014).

O treino de relaxamento trata-se de uma técnica frequentemente utilizada no âmbito da terapia cognitivo-comportamental, tendo efeitos positivos ao nível das capacidades de *coping*; assume que não é possível estar tenso e relaxado em simultâneo sendo que, em função do tipo de *stress* e ansiedade vivido pelo indivíduo, é possível que ocorra a tensão de grupos específicos de músculos (Rice, 2007; Vera & Vila, 2002). Estudos têm também sugerido evidências de que a prática de exercícios de respiração

lenta e profunda resulta numa diminuição de ansiedade, tanto em adultos jovens como idosos (Magnon et al., 2021).

A psicoterapia é de um tratamento psicológico, eticamente informado, que assenta em princípios científicos, tendo em vista a redução do sofrimento psicológico, promoção do desenvolvimento pessoal, bem como a possibilidade de fazer escolhas conscientes e livres (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018). Tem lugar no contexto de uma relação de confiança e cooperação, entre psicoterapeutas e pacientes em que, através da expressão verbal e não-verbal, estes procuram a mudança (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018). Tem mostrado benefícios ao nível de várias patologias, não apenas relacionadas com a saúde mental, mas também doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, artrite reumatoide, diabetes, dor crónica, entre outras (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011).

A osteopatia diz respeito a um tratamento manipulativo, usado para gerir uma variedade de condições que afetam os pacientes, envolvendo a utilização e manipulação do sistema músculo-esquelético para atingir potenciais benefícios de saúde. É mais frequentemente usado como terapia para gerir a dor (Urits et al., 2021), tendo mostrado uma redução moderada na dor na coluna e dor pélvica (Franke et al., 2017).

A utilização de práticas não convencionais tem vindo a aumentar (Reid et al., 2016), estimando-se que a taxa de uso deste tipo de métodos ronde os 80% em países em desenvolvimento e 50% em países desenvolvidos (Waldman et al., 2010); adicionalmente, nas últimas décadas a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem vindo a estimular a introdução das práticas não convencionais na Atenção Primária à Saúde (OMS, 2019). Farooqui et al. (2016) realizaram um estudo com pacientes com cancro e verificaram que 46,1% utilizavam práticas não convencionais de autocuidado, maioritariamente suplementos nutricionais, produtos naturais e multivitamínicos. De acordo com Ventola (2010), a atual adesão das pessoas às práticas não convencionais deve-se à sua fácil acessibilidade, baixo custo e ao facto de ajudarem a diminuir os efeitos indesejados decorrentes do uso de fármacos químicos.

Estudos têm procurado caracterizar a utilização das práticas não convencionais, mostrando que esta está relacionada com vários fatores, entre eles características sociodemográficas, como o género, idade e escolaridade (Isik et al., 2020; Reid et al., 2016; Xue et al., 2007; Zhang et al., 2015).

Em relação ao género, Reid et al. (2016) verificaram uma taxa de utilização destas práticas superior por parte das mulheres, resultado que foi também encontrado por outros autores (Dehghan et al., 2022; Farooqui et al., 2016; Lam et al., 2021; MacLennan et al., 2006; Xue et al., 2007). Por outro lado, Than et al. (2019) verificaram diferenças de género no uso de práticas não convencionais, em indivíduos com doenças cardiovasculares, sendo que os utilizadores deste tipo de práticas de autocuidado foram maioritariamente do género masculino. Outros autores ainda (Chu et al., 2013; Isik et al., 2020; Teo et al., 2016) não encontraram diferenças de género nas taxas de utilização das práticas não convencionais.

Relativamente à relação entre a idade e o uso de práticas não convencionais, Xue e colaboradores (2007) verificaram mais utilizadores das práticas não convencionais entre os indivíduos mais jovens do que entre indivíduos mais velhos, com idade igual ou superior a 65 anos. Também MacLennan et al. (2006) constataram que a utilização de práticas não convencionais era mais frequente na faixa etária 25-44 anos. Por outro lado, Chu et al. (2013) realizaram um estudo em Beijing, com pacientes com doença coronária, e verificaram que os utilizadores de práticas não convencionais eram mais velhos. Da mesma forma, Lam et al. (2021) verificaram que os utilizadores destas práticas apresentavam idade superior (> 55 anos). Adicionalmente, outros estudos reportam a ausência de relação entre a idade e a utilização de práticas não convencionais (Than et al., 2019).

O nível de escolaridade tem sido também focado em alguns estudos, como estando relacionado com o maior uso de práticas não convencionais. Assim, Reid et al. (2016) constataram que os utilizadores destas práticas apresentavam um nível superior de escolaridade, bem como rendimento superior. Também Isik e colaboradores (2020) apontaram uma relação entre o uso deste tipo de tratamento e o nível de escolaridade, doenças crónicas e conhecimento sobre os tratamentos alternativos, sendo que indivíduos com nível de escolaridade de licenciatura ou superior, que não tinham doenças crónicas e que tinham conhecimento sobre este tipo de métodos apresentaram taxas mais elevadas de uso de métodos alternativos. Outros autores encontraram resultados semelhantes, sugerindo que os utilizadores das práticas não convencionais apresentam um nível superior de escolaridade (Farooqui et al., 2016; Lam et al., 2021; MacLennan et al., 2006; Xue et al., 2007). Outros estudos ainda não encontraram diferenças entre utilizadores e

não utilizadores de práticas não convencionais em termos de nível de escolaridade (Chu et al., 2013; Dehghan et al., 2022; Than et al., 2019).

Adicionalmente, e atendendo à situação pandémica mundial que se tem vivido, a literatura tem revelado que estas práticas não convencionais têm sido usadas no sentido de aumentar a segurança das pessoas e no tratamento de pacientes com infeções virais, incluindo a COVID-19 (Li & De Clercq, 2020; Li & Peng, 2013). Neste sentido, estudos mostram que, durante o surto de COVID-19, alguns tipos de práticas não convencionais, sobretudo suplementos nutricionais, ervas medicinais e orações, foram usados para prevenir a doença e reduzir a ansiedade relacionada com a pandemia (Dehghan et al., 2022; Lam et al., 2021). Dehghan et al. (2022), num estudo realizado no Irão, verificaram que 84% dos participantes usaram algum tipo de prática não convencional durante a pandemia COVID. Lam et al. (2021) constataram que as vitaminas e suplementos nutricionais e a medicina herbal chinesa foram as formas mais típicas de práticas não convencionais adotadas por uma amostra de indivíduos em Hong Kong durante a pandemia. Os autores verificaram também que indivíduos residentes em distritos com um número superior de casos de COVID e perceção superior de risco apresentavam uma probabilidade superior de utilizar este tipo de práticas.

Assim, os objetivos do presente estudo são caracterizar a utilização de práticas não convencionais de adultos residentes em Portugal, e sua regularidade, durante a pandemia de COVID-19, bem como analisar a relação entre estas práticas e variáveis sociodemográficas, particularmente a idade, o género e a escolaridade.

Método

Esta trata-se de uma investigação quantitativa, descritiva e correlacional, uma vez que se pretende estudar as relações entre variáveis, e transversal, considerando que os dados foram recolhidos num único momento (Maroco & Bispo, 2003).

Participantes

A amostra é constituída por 118 participantes, a maioria do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 31 e os 88 anos ($M=49,21$, $DP=12,81$). Para efeitos da análise de dados, a amostra foi dividida em dois grupos etários: 30-50 anos e mais de 50 anos, visando dividir a amostra em adultos e adultos mais velhos. Em termos de escolaridade, a maioria dos participantes frequentou o ensino superior. A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=118)*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo		
Feminino	93	79,5
Masculino	24	20,5
Idade		
30-50 anos	69	58,5
> 50 anos	49	41,5
Escolaridade		
Nenhuma	1	0,9
1º Ciclo	2	1,7
2º Ciclo	3	2,6
3º Ciclo	1	0,9
Secundário	7	6,0
Bacharelato	3	2,6
Licenciatura	36	31,0
Mestrado	34	29,3
Doutoramento	29	25,0

Material

A utilização das práticas de saúde não convencionais foi avaliada através de um questionário elaborado para efeitos do presente estudo, com base na revisão da literatura sobre o tema. Este questionário inclui questões relativas: à utilização exclusiva de práticas convencionais, não convencionais ou ambas; à regularidade da utilização das práticas não convencionais; e à experiência com práticas não convencionais específicas, nomeadamente acupuntura, arteterapia, musicoterapia, osteopatia, psicoterapia, reiki e técnicas de relaxamento/exercícios de respiração. As opções de resposta são específicas para cada questão, sendo algumas dicotómicas, de sim/não e outras de escala ordinal.

Para recolher dados relativos a características sociodemográficas relevantes para o presente estudo, foi elaborado um questionário sociodemográfico, com questões

relativas ao género, idade e escolaridade, além de outras não exploradas no presente estudo.

De referir que o questionário utilizado para a recolha de dados era mais amplo, sendo que acima são descritas apenas as componentes do questionário que foram analisadas no presente estudo.

Procedimento

O presente estudo encontra-se inserido numa investigação mais abrangente, intitulada *Práticas de (Auto-) Cuidados de Saúde em Portugal e Factores Associados*, da responsabilidade da segunda autora.

Assim, após a obtenção das devidas autorizações, nomeadamente da Universidade Fernando Pessoa (UFP) e sua Comissão de Ética, teve lugar a divulgação do estudo.

A recolha de dados foi realizada *online*, através do Google Forms, publicado no dia 1 de outubro de 2021 e concluindo-se a recolha de dados dia 25 de março de 2022. A divulgação do questionário foi realizada recorrendo ao email institucional, redes sociais e rede de contactos pessoais dos investigadores e através da medida de Apoio à Investigação em Saúde Psicológica da Ordem dos Psicólogos Portugueses. O formulário começava por explicar a cada (potencial) participante o objetivo geral do estudo, bem como o procedimento relacionado com a sua participação, orientações necessárias, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos, e cada participante dava o seu assentimento informado antes de começar a responder ao questionário.

A análise de dados foi realizada recorrendo ao programa IBM SPSS, versão 28 - *Statistical Package for the Social Sciences*.

Foi utilizado o teste de qui-quadrado para analisar a associação entre duas variáveis qualitativas, verificando-se a não existência de mais de 20% de células com contagem esperada inferior a 5 (Martins, 2011).

Para analisar diferenças entre dois grupos (de acordo com o género e grupo etário) ao nível da regularidade de uso de práticas não convencionais, uma vez que é uma variável ordinal, utilizou-se o teste de Mann-Whitney.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para analisar a correlação entre a regularidade de uso de práticas não convencionais e a escolaridade, uma vez que se tratam de variáveis ordinais.

Foram considerados estatisticamente significativos valores de p inferiores a 0,05.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para analisar a correlação entre a regularidade de uso de práticas não convencionais e a escolaridade, uma vez que se tratam de variáveis ordinais.

Foram considerados estatisticamente significativos valores de p inferiores a 0,05.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Em relação à utilização de práticas não convencionais, a Tabela 2 apresenta os dados descritivos.

Tabela 2

Utilização de Práticas Não Convencionais (N = 118)

	<i>n</i>	%
Tipo de práticas de (auto) cuidados de saúde utilizadas		
Só práticas convencionais	29	25,9
Práticas convencionais e não convencionais	82	73,2
Só não convencionais	1	0,9
Regularidade do uso de práticas não convencionais		
Raramente	37	42,5
Com alguma frequência	32	36,8
Frequentemente	13	14,9
Muito frequentemente	5	5,7

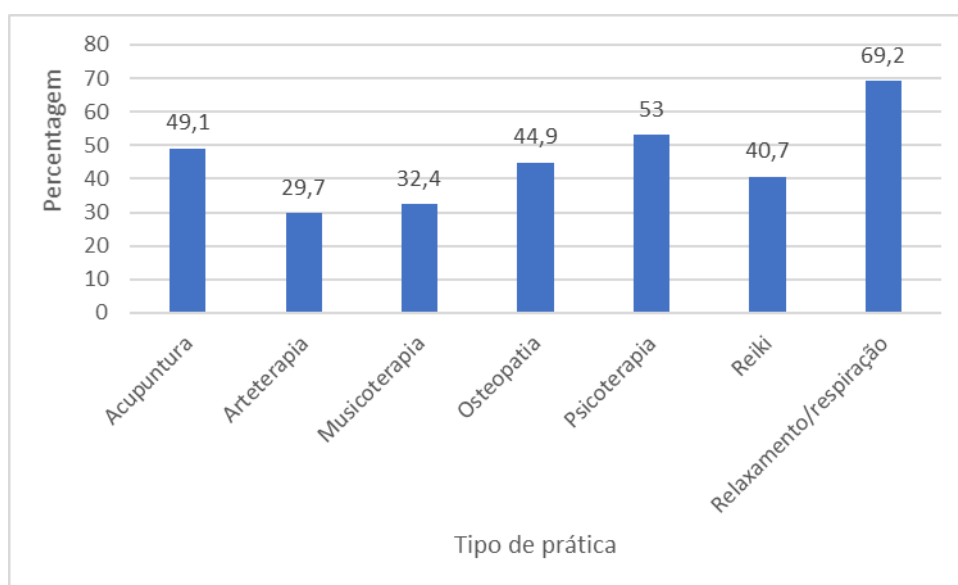
Pode observar-se que mais de metade da amostra refere recorrer a práticas convencionais e não convencionais, embora a maior parte (42,5%) dos participantes que usam práticas não convencionais o faça raramente.

Estes resultados são coerentes com dados de estudos anteriores, que têm indicado um aumento na utilização deste tipo de práticas (Reid et al., 2016), apontando taxas de utilização destes métodos de 46,1% (Farooqui et al., 2016) e 50% (Waldman et al., 2010).

O Gráfico 1 apresenta as medidas descritivas relativas à utilização de tipos de práticas não convencionais específicas abordadas no presente estudo.

Gráfico 1

Utilização de Diferentes Práticas Não Convencionais



Observa-se que as práticas mais utilizadas são o relaxamento/respiração, psicoterapia, acupuntura e osteopatia.

Por outro lado, no estudo de Wilkinson e Jelinek (2009), o número de utilizadores de acupuntura e osteopatia foram bastante inferiores, cerca de 10% no caso da acupuntura e menor ainda no caso da osteopatia. Vários estudos reportam que os tipos mais comuns de prática não convencional utilizada são os de base biológica, nomeadamente produtos herbais e suplementos vitamínicos (e.g., Isik et al., 2020; Than et al., 2019), que não foram objeto de análise no presente estudo.

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise de associação entre o género e o tipo de práticas de autocuidado utilizadas pelos participantes.

Tabela 3*Associação entre Género e Tipo de Práticas de Autocuidado (N = 110)*

	Práticas usadas		X^2	p
	Convencionais ($n = 29$) n (%)	Convencionais e não convencionais ($n = 81$) n (%)		
Género			0,42	0,516
Feminino	22 (75,9)	66 (81,5)		
Masculino	7 (24,1)	15 (18,5)		

Não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o género e o tipo de práticas de autocuidado utilizadas pelos participantes.

Relativamente à regularidade da utilização das práticas não convencionais, a Tabela 4 apresenta os resultados da análise de diferenças em função do género.

Tabela 4*Regularidade do Uso de Práticas Não Convencionais em função do Género (N = 86)*

	Género		U	p
	Feminino ($n = 70$) <i>Ordem Média</i>	Masculino ($n = 16$) <i>Ordem Média</i>		
Regularidade de uso de práticas não convencionais	42,86	46,31	515,00	0,592

Não há diferenças estatisticamente significativas entre participantes do género masculino e feminino em termos da regularidade com que utilizam as práticas não convencionais de autocuidado.

Estes resultados são coerentes com os obtidos em estudos anteriores (Chu et al., 2013; Isik et al., 2020; Teo et al., 2016), que também não encontraram diferenças de género nas taxas de utilização das práticas não convencionais. Por outro lado, alguns estudos apontaram uma taxa de utilização destas práticas superior por parte das mulheres (Dehghan et al., 2022; Lam et al., 2021; Reid et al., 2016). É possível que estas diferenças entre géneros tenham a ver com a adoção de práticas específicas, e não com utilização ou não destas práticas no geral, ideia que seria interessante explorar em estudos futuros. Salienta-se ainda que a amostra do presente estudo foi constituída maioritariamente por mulheres, o que pode também ter implicações nos resultados obtidos.

De seguida foi analisada a associação entre a idade e o tipo de práticas de autocuidado utilizadas pelos participantes (Tabela 5).

Tabela 5

Associação entre Idade e Tipo de Práticas de Autocuidado (N = 111)

	Práticas usadas		X^2	<i>p</i>
	Convencionais (<i>n</i> = 29) <i>n</i> (%)	Convencionais e não convencionais (<i>n</i> = 82) <i>n</i> (%)		
Idade			0,19	0,667
30-50 anos	16 (55,2)	49 (59,8)		
> 50 anos	13 (44,8)	33 (40,2)		

Não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a idade e o tipo de práticas de autocuidado utilizadas pelos participantes.

A Tabela 6 apresenta o resultado da análise de diferenças na regularidade do uso de práticas não convencionais de acordo com a idade.

Tabela 6*Regularidade do uso de Práticas Não Convencionais em função da Idade (N = 87)*

	Idade		<i>U</i>	<i>p</i>
	30-50 anos	> 50 anos		
	(<i>n</i> = 51)	(<i>n</i> = 36)		
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>		
Regularidade de uso de práticas não convencionais	45,24	42,25	855,00	0,560

Não há diferenças estatisticamente significativas entre participantes com idade entre os 30 e 50 anos e participantes com idade superior a 50 anos em termos da regularidade com que utilizam as práticas não convencionais de autocuidado.

Estes resultados são coerentes com dados obtidos por outros autores (e.g., Than et al., 2019), que reportam também a não existência de uma relação entre a idade e a utilização de práticas não convencionais. Por outro lado, salientam-se outras investigações que encontraram uma relação, sugerindo uma maior utilização de práticas não convencionais por indivíduos mais jovens (MacLennan et al., 2006; Xue et al., 2007), ou até uma relação na direção inversa (Chu et al., 2013; Lam et al., 2021). É, no entanto, de salientar que nestes estudos o grupo de participantes mais velhos tem idades superiores a 65 anos, sendo esse o grupo que apresenta uma menor frequência de utilização de práticas não convencionais (e.g., MacLennan et al., 2006; Xue et al., 2007). No presente estudo, apenas cerca de 21% dos participantes apresentam idade superior a 60 anos, o que pode influenciar os resultados obtidos.

Os resultados da análise de diferenças ao nível da escolaridade dos participantes de acordo com o tipo de práticas de autocuidado utilizadas são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7

Diferenças em termos de Escolaridade em função de Tipo de Práticas de Autocuidado
($N = 109$)

	Práticas usadas		<i>U</i>	<i>p</i>
	Convencionais ($n = 29$) <i>Ordem Média</i>	Convencionais e não convencionais ($n = 80$) <i>Ordem Média</i>		
Escolaridade	67,95	50,31	784,50	0,008

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da escolaridade, de acordo com o tipo de práticas de autocuidado utilizadas. Verifica-se que participantes que apenas usavam práticas convencionais apresentaram um nível superior de escolaridade, quando comparados com participantes que usavam práticas convencionais e não convencionais.

A Tabela 8 apresenta os resultados da análise de correlação entre o nível de escolaridade e a regularidade de utilização de práticas não convencionais.

Tabela 8

Correlação entre Nível de Escolaridade e Regularidade de Uso de Práticas Não Convencionais ($N = 85$)

	Escolaridade	
	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Regularidade de Uso de Práticas Não Convencionais	-0,18	0,104

Como pode verificar-se, não foram encontradas correlação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a regularidade de uso de práticas não convencionais.

Os resultados obtidos, nomeadamente o facto de participantes que apenas usam práticas convencionais apresentarem um nível superior de escolaridade, são contrários

aos que foram obtidos por outros autores (Isik et al., 2020; Reid et al., 2016), que verificaram que os utilizadores de práticas não convencionais apresentavam um nível superior de escolaridade. Em primeiro lugar, é de referir o elevado nível de escolaridade da presente amostra, que pode ter implicação em termos dos resultados. Por outro lado, a diferença de resultados pode ter a ver com o tipo de práticas não convencionais utilizadas pelos participantes, sendo que no presente estudo se observou que as mais frequentes eram o relaxamento/respiração, psicoterapia, acupuntura e osteopatia, e noutros estudos foram as de base biológica, como suplementos vitamínicos e produtos herbais (Isik et al., 2020).

Conclusão

Neste estudo constatou-se que, numa amostra de adultos a viver em Portugal, dos 31 aos 88 anos de idade, mais de metade da amostra refere recorrer a práticas convencionais e não convencionais, embora a maioria o faça raramente. Em termos da relação entre a utilização de práticas de saúde não convencionais e regularidade da mesma e variáveis sociodemográficas, não foram encontradas associações significativas com a idade e género, e verificou-se que participantes que utilizam apenas práticas não convencionais apresentam um nível superior de escolaridade, quando comparados com participantes que utilizam práticas convencionais e não convencionais.

Estes resultados podem ter sido influenciados por algumas limitações do estudo, que é importante considerar. Em primeiro lugar, é de salientar o facto de o questionário utilizado para avaliar a utilização de práticas não convencionais não ter sido previamente testado. Perante a questão da utilização ou não de práticas não convencionais, pessoas diferentes podem estar a pensar em práticas distintas, dada a grande abrangência deste tipo de práticas, tornando assim mais difícil a interpretação dos resultados obtidos. De referir também a reduzida heterogeneidade da amostra, em particular ao nível do género e escolaridade, que pode ter limitado a análise de dados realizada. Em relação à recolha de dados, o facto de ter sido realizada *online* pode ter criado alguns constrangimentos para participantes que não estejam confortáveis com o uso das tecnologias e internet, podendo ser este o motivo pelo qual não foram obtidos muitos dados relativos a idosos. Também a grande dimensão do questionário no qual estavam inseridas as questões aqui analisadas poderá ter causado maior cansaço em alguns participantes, levado mesmo à desistência de alguns ou à existência de dados incompletos.

Sugere-se assim que este tema continue a ser abordado em estudos futuros, dada a sua relevância, com amostras de maior dimensão e mais heterogêneas, analisando a relação entre a utilização das práticas de saúde não convencionais e outras variáveis sociodemográficas e individuais, como o rendimento, o estilo de vida, sistema de crenças (e.g., espiritualidade, religião), estratégias de *coping*, utilizando um protocolo de recolha de dados menos extenso e com um questionário previamente testado.

Em suma, este estudo contribui para a investigação acerca do uso de práticas de saúde não convencionais, em Portugal, tornando-se relevante a sua continuação, com vista a promover o bem-estar e qualidade de vida da população.

Referências Bibliográficas

- American Art Therapy Association. (2013). *What is art therapy?* <http://www.arttherapy.org/upload/whatisarttherapy.pdf>
- Baker, B. A. (2006). Art speaks in healing survivors of war: The use of art therapy in treating trauma survivors. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 12, 183–198. https://doi.org/10.1300/J146v12n01_10
- Beulke, L. S., Vannucci, L., Salles, L. F., & Turrini, R. N. T. (2019). Reiki in the relief of chemotherapy-related biopsyoemotional signs and symptoms. *Cogitare Enferm*, 24,e56694. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.56694>.
- Bidabadi, S. S., & Mehryar, A. (2015). Music therapy as an adjunct to standard treatment for obsessive compulsive disorder and co-morbid anxiety and depression: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 184, 13-17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.011>
- Cervellin, G., & Lippi, G. (2011). From music-beat to heart-beat: A journey in the complex interactions between music, brain and heart. *European Journal of Internal Medicine*, 22(4), 371-374. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2011.02.019>
- Chu, F. Y., Yan, X., Zhang, Z., Xiong, X. J., Wang, J., & Liu, H. X. (2013). Features of complementary and alternative medicine use by patients with coronary artery disease in Beijing: A cross-sectional study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13(287), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-13-287>
- Dehghan, M., Ghanbari, A., Heidari, F. G., Shahrababaki, P. M., & Zakeri, M. A. (2022).

- Use of complementary and alternative medicine in general population during COVID-19 outbreak: A survey in Iran. *Journal of Integrative Medicine*, 20(1), 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2021.11.004>
- Direção Geral de Saúde. (2022). *Terapêuticas não convencionais*. <https://www.acss.min-saude.pt/2016/09/23/terapeuticas-nao-convencionais/>
- Erdogan, Z., & Cinar, S. (2016). The effect of Reiki on depression in elderly people living in nursing home. *Indian Journal of Traditional Knowledge*, 15(1), 35-40.
- Farooqui, M., Hassali, M. A., Shatar, A. K. A., Farooqui, M. A., Saleem, F., ul Haq, N., & Othman, C. N. (2016). Use of complementary and alternative medicines among Malaysian cancer patients: A descriptive study. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 6(4), 321-326. <https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2014.12.008>
- Franke, H., Franke, J. D., Belz, S., & Fryer, G. (2017). Osteopathic manipulative treatment for low back and pelvic girdle pain during and after pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 21(4), 752-762. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.05.014>
- Gantt, L., & Tinnin, L. W. (2009). Support for a neurobiological view of trauma with implications for art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2008.12.005>
- Isik, K., Ünver, H., & Yildirim, H. (2020). The relationship between the attitudes of individuals towards traditional and complementary alternative treatment and their health perceptions. *Journal of Public Health*, 28(6), 745-750. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01233-y>
- Kamioka, H., Tsutani, K., Yamada, M., Park, H., Okuizumi, H., Tsuruoka, K., Honda, T., Okada, S., Park, S. J., Kitayuguchi, J., Abe, T., Handa, S., Oshio, T., & Mutoh, Y. (2014). Effectiveness of music therapy: A summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions. *Patient Preference and Adherence*, 8, 727-754. <https://doi.org/110.2147/PPA.S61340>
- Kurebayashi, L. F. S., Turrini, R. N. T., de Souza, T. P. B., Takiguchi, R. S., Kuba, G., & Nagumo, M. T. (2016). Massagem e Reiki para redução de estresse e ansiedade: Ensaio clínico randomizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1614.2834>
- Lam, C. S., Koon, H. K., Chung, V. C. H., & Cheung, Y. T. (2021). A public survey of traditional, complementary and integrative medicine use during the COVID-19

- outbreak in Hong Kong. *PloS One*, 16(7), e0253890.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253890>
- Li, G., & De Clercq, E. (2020). Therapeutic options for the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). *Nature Reviews Drug Discovery*, 19(3), 149-150.
- Li, T., & Peng, T. (2013). Traditional Chinese herbal medicine as a source of molecules with antiviral activity. *Antiviral Research*, 97(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2012.10.006>
- Lim, T. K., Ma, Y., Berger, F., & Litscher, G. (2018). Acupuncture and neural mechanism in the management of low back pain—an update. *Medicines*, 5(3), 63.
<https://doi.org/10.3390/medicines5030063>
- MacLennan, A. H., Myers, S. P., & Taylor, A. W. (2006). The continuing use of complementary and alternative medicine in South Australia: Costs and beliefs in 2004. *Medical Journal of Australia*, 184(1), 27-31.
<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00092.x>
- Magnon, V., Dutheil, F., & Vallet, G. T. (2021). Benefits from one session of deep and slow breathing on vagal tone and anxiety in young and older adults. *Scientific Reports*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98736-9>
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Climepsi Editores.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS. Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios.
- Morero, J. A. P., de Souza Pereira, S., Esteves, R. B., & Cardoso, L. (2021). Effects of Reiki on mental health care: A systematic review. *Holistic Nursing Practice*, 35(4), 191-198. <http://dx.doi.org/10.1097/HNP.0000000000000456>
- National Institute of Complementary Medicine. (2007). *What is CAM?*
http://www.nicm.edu.au/health_information
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*.
https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efetividade_de_intervencao_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018). *Orientações para as especialidades. Processo Regular*.
https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/orientacoes_para_as_especialidades_gerais_regular.pdf

- Organização Mundial de Saúde. (2019). *WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine* 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Orsak, G., Stevens, A. M., Brufsky, A., Kajumba, M., & Dougall, A. L. (2015). The effects of Reiki therapy and companionship on quality of life, mood, and symptom distress during chemotherapy. *Journal of Evidence-based Complementary & Alternative Medicine*, 20(1), 20-27. <https://doi.org/10.1177/2156587214556313>
- Pilkington, K., Kirkwood, G., Rampes, H., Cummings, M., & Richardson, J. (2007). Acupuncture for anxiety and anxiety disorders– A systematic literature review. *Acupuncture in Medicine*, 25(1-2), 1-10. <https://doi.org/10.1136/aim.25.1-2.1>
- Reid, R., Steel, A., Wardle, J., Trubody, A., & Adams, J. (2016). Complementary medicine use by the Australian population: A critical mixed studies systematic review of utilization, perceptions and factors associated with use. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16(1), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1143-8>
- Rice, P. L., & Caballo, V. (2007). O enfrentamento do estresse: Estratégias cognitivo-comportamentais. In V. E. Caballo (Org.), *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade* (pp. 301-336). Editora Santos.
- Richeson, N. E., Spross, J. A., Lutz, K., & Peng, C. (2010). Effects of Reiki on anxiety, depression, pain, and physiological factors in community-dwelling older adults. *Research in Gerontological Nursing*, 3(3), 187-199. <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20100601-01>
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Terapêuticas Não Convencionais*. <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/23/terapeuticas-nao-convencionais/>
- Sliwka, A., Wloch, T., Tynor, D., & Nowobilski, R. (2014). Do asthmatics benefit from music therapy? A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 22, 756-66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2014.07.00>
- Teo, T. Y., Yap, J., Shen, T., & Yeo, K. K. (2016). Complementary and alternative medicine use amongst patients with cardiovascular disease in Singapore. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16(446), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1430-4>

- Than, M. C., Anam, A., Nurfarahi, K., Asma, A., & Hayati, M. (2019). Knowledge, use of complementary alternative medicine and health-related quality of life among cardiovascular disease patients. *Food Research*, 3(5), 604-616.
- Urits, I., Schwartz, R. H., Orhurhu, V., Maganty, N. V., Reilly, B. T., Patel, P. M., Wie, C., Kaye, A. D., Mancuso, K. F., Kaye, A. J., & Viswanath, O. (2021). A comprehensive review of alternative therapies for the management of chronic pain patients: Acupuncture, tai chi, osteopathic manipulative medicine, and chiropractic care. *Advances in Therapy*, 38(1), 76-89. <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01554-0>
- Ventola, C. L. (2010). Current issues regarding complementary and alternative medicine (CAM) in the United States: part 1: the widespread use of CAM and the need for better-informed health care professionals to provide patient counseling. *Pharmacological Therapy*, 35(8), 461–468.
- Vera, M. N., & Villa, J. (2002). Técnicas de relaxamento. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (2ª ed., pp. 147-165). Santos Editora.
- Waldman, H. B., Cannella, D., Perlman, S. P., & MSCD, D. (2010). Do you consider complementary and alternative medicine in your medical history review? *Journal of the Massachusetts Dental Society*, 59(1), 24-26.
- Wilkinson, J. M., & Jelinek, H. (2009). Complementary medicine use among attendees at a rural health screening clinic. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(2), 80-84. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2008.12.005>.
- Xue, C. C., Zhang, A. L., Lin, V., Da Costa, C., & Story, D. F. (2007). Complementary and alternative medicine use in Australia: A national population-based survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(6), 643-650. <https://doi.org/10.1089/acm.2006.6355>.
- Zhang, Y., Leach, M. J., Hall, H., Sundberg, T., Ward, L., Sibbritt, D., & Adams, J. (2015). Differences between male and female consumers of complementary and alternative medicine in a national US population: A secondary analysis of 2012 NIHS data. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/413173>

Relação entre autoperceção de saúde e práticas de saúde não convencionais

Cristina Oliveira & Rute F. Meneses

Resumo

A relação entre a autoperceção de saúde e a utilização de práticas de saúde não convencionais tem produzido resultados mistos na literatura, sendo que alguns autores constataam que as perceções de saúde estão relacionadas com um aumento do interesse nas práticas não convencionais e outros não encontram associação. Assim, o objetivo do presente estudo é analisar a relação entre a autoperceção de saúde geral e mental e a utilização de práticas de saúde não convencionais e regularidade da mesma, em adultos residentes em Portugal, durante a pandemia de COVID-19. Participaram no estudo 118 indivíduos, a maioria do sexo feminino ($n = 93$, 79,5%), com idades compreendidas entre os 31 e os 88 anos ($M = 49,21$, $DP = 12,81$), a maioria tendo completado o ensino superior. A perceção do estado de saúde geral foi avaliada através de um item do SF-36, e a de saúde mental através do Mental Health Inventory 5 (MHI-5; Veit & Ware, 1983; adaptação para a população portuguesa de Pais Ribeiro, 2001). A recolha de dados sobre práticas de saúde não convencionais foi realizada através de um questionário elaborado com base na revisão da literatura sobre o tema. Os dados foram recolhidos entre 1 de outubro de 2021 e 25 de março de 2022, através do Google Forms. Relativamente aos resultados, a autoperceção de saúde geral e mental mostraram não estar relacionadas de forma estatisticamente significativa com a utilização ou regularidade de práticas de saúde não convencionais. Assim, estes resultados vão ao encontro de parte da literatura da especialidade. Estudos futuros deverão esclarecer em que contextos/condições a relação entre estas variáveis se verifica.

Palavras-chave: Autoperceção de saúde; saúde mental; práticas de saúde não convencionais; adultos.

Abstract

The relationship between perceived health and the use of non-conventional health practices has produced mixed results in the literature, with some authors finding out that health perceptions are related with an increased interest in non-conventional practices and others not finding an association. Thus, the aim of the present study is to analyze the relation between general and mental health perception and the use of non-conventional health practices and its frequency, in adults residing in Portugal, during the COVID-19 pandemic. Participants of this study were 118 individuals, mostly female ($n = 93$, 79.5%), aged between 31 and 88 years ($M = 49.21$, $SD = 12.81$), the majority having completed a higher education degree. General health perception was assessed through one item from the SF-36; mental health perception was assessed via the Mental Health Inventory 5 (MHI 5, Veit & Ware, 1983; adaptation for the Portuguese population from Pais Ribeiro, 2001). Data about the use of non-conventional health practices was obtained via a questionnaire developed for the present study, based on the literature review about the theme. Data was collected between october 1st 2021 and march 25th 2022, via Google Forms. Regarding the results, general and mental health perception showed not to be related to the use and frequency of non-conventional health practices.

Key-words: health perception; mental health; non-conventional health practices; adults.

Introdução

O autocuidado é um conceito abrangente que envolve capacidades, atividades e processos que visam manter a saúde, o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, preservar a vida e monitorizar e gerir a doença e condições agudas e crónicas (Matarese et al., 2018).

No que se refere ao tratamento da doença, são cada vez mais utilizados métodos de tratamento e práticas não convencionais (e.g., terapia herbal, suplementos, acupuntura, reiki, osteopatia), como complemento ou como alternativa às terapias convencionais, por isso designados de medicina alternativa/complementar (National Centre for Complementary and Alternative Medicine, 2021). Este termo refere-se a um conjunto de sistemas, práticas e produtos de cuidados de saúde que não se consideram parte da medicina convencional (National Centre for Complementary and Alternative Medicine, 2021). Tem sido classificada em alguns estudos (e.g., Teo et al., 2016) em quatro grupos principais, nomeadamente sistemas de base biológica (e.g., medicina tradicional chinesa, suplementos herbais, vitaminas), métodos manipulativos e baseados no corpo (e.g., massagem, acupuntura), intervenções mente-corpo (e.g., terapias de relaxamento, como yoga, meditação, tai chi) e terapias de energia (e.g., terapia magnética). Verifica-se que a utilização deste tipo de práticas tem vindo a aumentar (Reid et al., 2016), sendo que a taxa de utilização destes métodos é de cerca de 80% em países em desenvolvimento e 50% em países desenvolvidos (Waldman et al., 2010).

Estudos mostram que a opção por estas terapias alternativas se deve à tentativa de os seus utilizadores tornarem os seus cuidados de saúde mais congruentes com os seus valores e crenças pessoais, bem como com a sua orientação filosófica geral em relação à saúde e vida (Astin, 1998). Os motivos apresentados são geralmente valores pessoais, desilusão com as terapias convencionais devido à reduzida eficácia das mesmas ou a ocorrência de efeitos secundários ou um desejo de ter um melhor controlo sobre os assuntos de cuidados de saúde (Astin, 1998). De facto, a investigação tem evidenciado a existência de uma relação entre a utilização das práticas não convencionais e as crenças dos indivíduos em relação à doença e ao tratamento (Bishop et al., 2006), crenças holísticas de saúde, elevada espiritualidade e um baixo estado de saúde (Testerman et al., 2004), comportamentos conscientes em relação à saúde, insatisfação com os profissionais médicos e número de problemas de saúde (Sirois & Gick, 2002).

Sirois e Gick (2002) verificaram também que a consciência de saúde, que se refere às ações intencionais do indivíduo para proteger ou melhorar a sua saúde, é um preditor

do uso de práticas não convencionais, e frequência do mesmo. Resultados semelhantes foram obtidos por outros autores, que constataram que indivíduos que recorrem a práticas não convencionais apresentam uma consciência de saúde mais elevada do que utilizadores de medicina convencional (Araz et al., 2009; Furnham & Forey, 1994). Ozdelikara et al. (2018, citado por Isik et al., 2020) salientam que indivíduos que entendem conseguir controlar a sua saúde apresentam mais interesse na mesma e têm tendência a usar com mais frequência práticas não convencionais.

Uma outra variável que tem mostrado estar relacionada com a utilização das práticas não convencionais é a autoperceção de saúde (Alonso Street et al., 2021; Isik et al., 2020), isto é, a perceção que o indivíduo tem acerca da sua própria saúde, que inclui diversas dimensões, física, emocional, estatuto de saúde social e vida no geral (Bae & Kim, 2015; Prieto-Flores et al., 2012). Estudos têm salientado a importância desta variável, que contribui significativamente para a qualidade de vida (Halvorsrud & Kalfoss, 2007). Neste sentido, autores sugerem que as perceções de saúde das sociedades estão relacionadas com um aumento do interesse nas práticas não convencionais (Isik et al., 2020). Ergin et al. (2011, citado por Isik et al., 2020) salientam também a importância de estudar a relação entre as perceções de saúde e utilização das práticas não convencionais, particularmente em países em que os valores tradicionais são importantes, e os valores espirituais, crenças e cultura têm um impacto na saúde do indivíduo. Vários estudos têm então analisado a relação entre a utilização das práticas não convencionais e a autoperceção de saúde, tendo, no entanto, obtido resultados mistos.

Por exemplo, Alonso Street e colaboradores (2021) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a relação entre a autoperceção de saúde, existência de doença crónica e a utilização de práticas não convencionais, neste caso especificamente focando o uso de suplementos. Os autores verificaram que adultos que reportavam uma autoperceção de saúde muito boa ou excelente apresentavam maior probabilidade de usar suplementos do que adultos com perceção de saúde boa. Adicionalmente, a existência de doenças crónicas mostrou estar associada com o uso de suplementos. Também Isik e colaboradores (2020) verificaram que uma perceção de saúde mais positiva estava associada com atitudes mais favoráveis dos participantes em relação às práticas de saúde não convencionais. Por outro lado, algumas investigações verificaram a não existência de uma associação entre estas variáveis. Salienta-se um estudo realizado por Vidal et al. (2013), em Portugal, com mulheres com história de cancro da mama, no qual os autores não encontraram uma relação entre o uso de práticas não convencionais e a perceção de saúde. Também Lauche

e colaboradores (2014) realizaram um estudo focado numa prática não convencional em particular, a meditação, e compararam indivíduos que usam esta prática e indivíduos que não o fazem em relação à perceção de saúde geral e saúde mental, esta última avaliada através do MHI-5, e não encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Esta relação tem vindo também a ser explorada dada a situação pandémica vivida, sendo que alguns estudos têm apontado o impacto físico e psicológico da perceção da doença durante a pandemia COVID-19, bem como o papel das práticas não convencionais como comportamentos e de *coping* focados na saúde, em resposta às perceções sobre a COVID-19 (Chong et al., 2021; Dias Neto et al., 2021; Man et al., 2020; Skapinakis et al., 2020). Também neste sentido, Kretchy et al. (2021) verificaram que a perceção dos participantes em relação ao impacto da COVID-19 nas suas vidas estava relacionada com o uso de práticas não convencionais.

Assim, o objetivo do presente estudo é analisar a relação entre a autoperceção de saúde geral e mental e a utilização de práticas de saúde não convencionais e regularidade da mesma, em adultos residentes em Portugal, durante a pandemia de COVID-19.

Método

O presente estudo é um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, dado que visa estudar as relações entre variáveis, e transversal, considerando que os dados foram recolhidos num único momento (Maroco & Bispo, 2003).

Participantes

A amostra é constituída por 118 participantes, a maioria do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 31 e os 88 anos ($M = 49,21$, $DP = 12,81$). Para efeitos da análise de dados, a amostra foi dividida em dois grupos etários: 30-50 anos e mais de 50 anos, visando dividir a amostra em adultos e adultos mais velhos. Em termos de escolaridade, a maioria dos participantes frequentou o ensino superior. A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N =118)*

	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	93	79,5
Masculino	24	20,5
Idade		
30-50 anos	69	58,5
> 50 anos	49	41,5
Escolaridade		
Nenhuma	1	0,9
1º Ciclo	2	1,7
2º Ciclo	3	2,6
3º Ciclo	1	0,9
Secundário	7	6,0
Bacharelato	3	2,6
Licenciatura	36	31,0
Mestrado	34	29,3
Doutoramento	29	25,0

Material

Para avaliar a percepção do estado de saúde recorreu-se ao primeiro item do SF-36 (Pais Ribeiro, 2005), em que o participante é questionado “Em geral, como diria que a sua saúde é?”, variando as opções de resposta entre 1 (Ótima) e 5 (Fraca).

Como medida da percepção do estado de saúde mental, foi utilizado o Mental Health Inventory 5 (MHI-5; Veit & Ware, 1983; adaptação para a população portuguesa de Pais Ribeiro, 2001; Silva & Novo, 2002). Este inventário é composto por cinco questões, cuja escala de resposta é do tipo *likert*, de seis pontos, em que pontuações mais elevadas correspondem a melhor saúde mental (Santos & Novo, 2020). A pontuação total do inventário é calculada através da soma das respostas às cinco questões, podendo variar entre 5 e 30, posteriormente convertida numa escala de 0 a 100, através da fórmula [(nota bruta - valor mais baixo possível)/Variação] x 100 (Pais Ribeiro, 2005). A versão portuguesa do inventário apresentou uma boa consistência interna, com um valor de Alfa

de Cronbach de 0,87 (Pais Ribeiro, 2005). No presente estudo, o instrumento apresentou uma boa consistência interna, com valor de Alfa de Cronbach de 0,84.

Para avaliar a utilização das práticas de saúde não convencionais foi utilizada parte de um questionário elaborado, com base na revisão da literatura sobre o tema, para efeitos do presente estudo. Este inclui questões relativas: à utilização exclusiva de práticas convencionais, não convencionais ou ambas; à regularidade da utilização das práticas não convencionais; e à experiência com práticas não convencionais específicas, nomeadamente acupuntura, arteterapia, musicoterapia, osteopatia, psicoterapia, reiki e técnicas de relaxamento/exercícios de respiração. As opções de resposta são específicas para cada questão, sendo algumas dicotómicas, de sim/não e outras de escala ordinal.

Para recolher dados relativos a características sociodemográficas relevantes para o presente estudo, foi elaborado um questionário sociodemográfico, com questões relativas ao género, idade e escolaridade, além de outras não exploradas no presente estudo.

De referir que o questionário utilizado para a recolha de dados era mais amplo, sendo que acima são descritas apenas as componentes do questionário que foram analisadas no presente estudo.

Procedimento

O presente estudo encontra-se inserido numa investigação mais abrangente, intitulada *Práticas de (Auto-) Cuidados de Saúde em Portugal e Factores Associados*, da responsabilidade da segunda autora.

Assim, após a obtenção das devidas autorizações, nomeadamente do autor da versão em Português Europeu do MHI-5 para a sua utilização, da Universidade Fernando Pessoa (UFP) e sua Comissão de Ética, teve lugar a divulgação do estudo.

A recolha de dados foi realizada *online*, através do Google Forms, tendo o protocolo de investigação sido colocado *online* no dia 1 de outubro de 2021 e concluindo-se a recolha de dados dia 25 de março de 2022. A divulgação do questionário foi realizada recorrendo ao email institucional, redes sociais e rede de contactos pessoais dos investigadores e através da medida de Apoio à Investigação em Saúde Psicológica da Ordem dos Psicólogos Portugueses. O protocolo começava por explicar a cada participante o objetivo geral do estudo, bem como o procedimento relacionado com a sua participação, orientações necessárias, garantindo a confidencialidade dos dados

recolhidos, e cada participante dava o seu assentimento informado antes de começar a responder ao mesmo.

A análise de dados foi realizada recorrendo ao programa IBM SPSS, versão 28 - *Statistical Package for the Social Sciences*.

Foi analisada a normalidade da variável quantitativa relativa à percepção de saúde mental, pressuposto subjacente à utilização de estatística paramétrica, com base na análise dos valores de assimetria e curtose, os resultados do teste Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk e os gráficos (Martins, 2011). Este pressuposto revelou não estar cumprido, pelo que foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos e, tendo sido obtidos resultados semelhantes, são reportados os resultados dos testes paramétricos com esta variável, conforme sugerido por Fife-Schaw (2006).

Assim, foi utilizado o teste t para amostras independentes, para analisar diferenças entre dois grupos (de acordo com o tipo de práticas de saúde não convencionais) ao nível da percepção de saúde mental.

Apresentação e Discussão dos Resultados

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise de diferenças entre participantes que referem recorrer apenas a práticas convencionais de autocuidado e participantes que relatam usar práticas convencionais e não convencionais, ao nível da percepção de saúde geral.

Tabela 2

Diferenças em termos de Percepção de Saúde Geral em função de Tipo de Práticas de Autocuidado (N = 111)

	Convencionais e não convencionais		<i>U</i>	<i>p</i>
	Convencionais (<i>n</i> = 29) <i>Ordem Média</i>	(<i>n</i> = 82) <i>Ordem Média</i>		
Percepção de saúde geral	55,07	56,33	1162,00	0,845

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na percepção de saúde geral, de acordo com o tipo de práticas de autocuidados utilizadas.

No que se refere à análise de diferenças na percepção de saúde mental, de acordo com o tipo de práticas de autocuidado utilizadas pelos participantes, os resultados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Diferenças em termos de Percepção de Saúde Mental em função de Tipo de Práticas de Autocuidado (N = 109)

	Convencionais		<i>t</i> (107)	<i>p</i>
	Convencionais (<i>n</i> = 28) <i>M</i> (<i>DP</i>)	e não convencionais (<i>n</i> = 81) <i>M</i> (<i>DP</i>)		
Percepção saúde mental	64,86 (22,19)	63,60 (14,35)	0,34	0,733

Como pode verificar-se, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na percepção de saúde mental, em função do tipo de práticas de autocuidado utilizadas.

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise de relação entre a regularidade da utilização das práticas não convencionais e a percepção de saúde geral e saúde mental.

Tabela 4

Correlação entre Regularidade do Uso de Práticas Não Convencionais e Percepção de Saúde Geral e Mental

	Regularidade		
	<i>N</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Percepção de saúde geral	87	0,06	0,568
Percepção de saúde mental	85	0,08	0,447

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a regularidade de utilização das práticas não convencionais e a percepção de saúde geral e saúde mental.

Estes resultados são coerentes com dados obtidos por estudos anteriores, que também reportam ausência de uma relação entre a percepção de saúde geral e mental e a utilização de práticas não convencionais (Lauche et al., 2014; Vidal et al., 2013).

São, no entanto, contrários aos resultados obtidos por outros autores, que verificaram a existência de uma relação entre o uso e atitudes em relação às práticas não convencionais e a percepção de saúde (Alonso Street et al., 2021; Isik et al., 2020), e a percepção da doença, particularmente COVID-19 (Kretchy et al., 2021).

Os diferentes resultados observados na literatura existente, e no presente estudo, podem estar relacionados com os diferentes tipos de práticas não convencionais utilizadas. Neste sentido, vários estudos reportam que as práticas não convencionais mais utilizadas nas amostras analisadas são essencialmente os produtos herbais e suplementos alimentares (Isik et al., 2020; Kretchy et al., 2021). Por outro lado, no estudo de Vidal et al. (2013) os autores reportam como mais frequentes o uso de produtos naturais, mas também psicoterapia, exercícios de respiração e meditação. Na amostra do presente estudo (Oliveira & Meneses, 2022), observou-se que as práticas mais frequentes, entre as selecionadas, eram o relaxamento/respiração, psicoterapia, acupuntura e osteopatia.

É também de considerar o tipo de amostras de cada estudo, se se tratam de amostras clínicas, como é o caso do estudo de Vidal et al. (2013), ou não clínicas, como no estudo de Isik et al. (2020) e no presente estudo. Mesmo tratando-se de amostras não clínicas, o facto de os indivíduos terem tido ou estarem no momento a lidar com alguma doença pode influenciar a sua autopercepção de saúde e, conseqüentemente, as suas atitudes e utilização das práticas não convencionais, bem como a relação entre as duas variáveis.

As diferenças de resultados também podem dever-se à forma como a percepção de saúde é avaliada. Isik et al. (2020) avaliaram a percepção de saúde através de uma escala, a *Health Perception Scale* (Diamond et al., 2007), que inclui quatro dimensões: controlo, autoconsciência, precisão e importância da saúde, tratando-se por isso de uma medida mais abrangente da percepção de saúde do que a que foi utilizada no presente estudo, que consistiu em apenas uma questão do SF-36 (Pais Ribeiro, 2005), relativa à percepção de saúde geral, e ao MHI-5, como medida de percepção de saúde mental. Por outro lado, Kretchy e colaboradores (2021) avaliaram a percepção de doença, particularmente a COVID-19, através do *Brief Illness Perception Questionnaire*

(Broadbent et al., 2006), que envolve também várias dimensões, como o controlo sentido pelo indivíduo em relação à doença e ao tratamento, preocupação, compreensão da doença e consequências da mesma, entre outras. É assim possível que seja a percepção da doença, mais do que a percepção de saúde geral, que está relacionada com a utilização de práticas não convencionais, o que é coerente com evidências de estudos anteriores, que apontaram o tratamento da doença, alívio de sintomas como estando entre os fatores que motivam a utilização deste tipo de práticas (Tangkiatkumjai et al., 2020), havendo alguns estudos que reportam que os participantes referem recorrer às práticas não convencionais como último recurso (Read et al., 2014; Üstündag et al., 2015).

Conclusão

Neste estudo verificou-se que a percepção de saúde geral e saúde mental de uma amostra de adultos a viver em Portugal, dos 31 aos 88 anos de idade, não estão relacionadas de modo estatisticamente significativo com a utilização de práticas de saúde não convencionais e com a regularidade dessa utilização.

É importante ter em consideração algumas limitações do estudo, que podem ter influenciado os resultados obtidos. Assim, é de referir o facto de o questionário utilizado para avaliar a utilização de práticas de saúde não convencionais não ter sido previamente testado. Dada a grande abrangência deste tipo de práticas não convencionais, quando questionadas acerca da sua utilização ou não, pessoas diferentes podem pensar em práticas distintas, o que torna mais difícil a interpretação dos resultados obtidos. É também de salientar a reduzida heterogeneidade da amostra, particularmente ao nível do género e escolaridade, o que pode resultar em constrangimentos na análise de dados realizada. Relativamente à recolha de dados, o facto de ter sido realizada *online* pode ter acarretado alguns constrangimentos para participantes que não estejam confortáveis com o uso das tecnologias e internet, podendo ser este o motivo pelo qual não foram obtidos muitos dados relativos a idosos. Adicionalmente, a grande dimensão do questionário no qual estavam inseridas as questões aqui analisadas poderá ter causado maior cansaço em alguns participantes, levado mesmo à desistência de alguns ou à existência de dados incompletos.

Posto isto, sugere-se que a relação entre a autopercepção de saúde e as práticas não convencionais continue a ser aprofundada em estudos futuros, dada a sua relevância, com amostras de maior dimensão e mais heterogéneas, tendo em consideração diferentes tipos

específicos de práticas e outras variáveis que podem influenciar esta relação, como a existência de doença, consciência de saúde, e estilo de vida, como a dieta e prática de atividade física.

Em conclusão, este estudo contribui para compreender de que forma a percepção que o indivíduo tem acerca da sua saúde pode estar relacionada com a adoção de práticas não convencionais, acrescentando à investigação existente em Portugal, explorando a importância deste tema, dado o papel que estas variáveis têm mostrado ter na saúde e qualidade de vida do indivíduo.

Referências Bibliográficas

- Alonso Street, E. M., Grutzmacher, S., Branscum, A., & Smit, E. (2021). Self-perceived health and chronic conditions among users of supplements with and without botanical ingredients: Findings from the 2009–2014 National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Dietary Supplements*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/19390211.2021.1924336>
- Araz, A., Harlak, H., & Meşe, G. (2009). Factors related to regular use of complementary/alternative medicine in Turkey. *Complementary Therapies in Medicine*, 17(5-6), 309-315. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2009.09.002>
- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: Results of a national study. *JAMA*, 279(19), 1548-1553. <https://doi.org/10.1001/jama.279.19.1548>
- Bae, Y., & Kim, H. (2015). Gender differences in factors affecting subjective health state among Korean elderly: Analysis of 2012 and 2013 Korean national health and nutrition examination survey. *Journal of The Korean Society of Integrative Medicine*, 3, 79–90.
- Bishop, F. L., Yardley, L., & Lewith, G. T. (2006). Why do people use different forms of complementary medicine? Multivariate associations between treatment and illness beliefs and complementary medicine use. *Psychology and Health*, 21(5), 683-698. <https://doi.org/10.1080/14768320500444216>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Chong, Y. Y., Chien, W. T., Cheng, H. Y., Chow, K. M., Kassianos, A. P., Karekla, M., & Gloster, A. (2020). The role of illness perceptions, coping, and self-efficacy on

- adherence to precautionary measures for COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6540. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186540>
- Diamond, J. J., Becker, J. A., Arenson, C. A., Chambers, C. V., & Rosenthal, M. P. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *Journal of Community Psychology*, 35(5), 557-561. <https://doi.org/10.1002/jcop.20164>
- Dias Neto, D., Nunes da Silva, A., Roberto, M. S., Lubenko, J., Constantinou, M., Nicolaou, C., Lamnisos, D., Papacostas, S., Höfer, S., Presti, G., Squatrito, V., Vasiliou, V. S., McHugh, L., Monestès, J-L., Baban, A., Alvarez-Galvez, J., Paez-Blarrina, M., Montesinos, F., Valdivia-Salas, S., ...Kassianos, A. P. (2021) Illness Perceptions of COVID-19 in Europe: Predictors, impacts and temporal evolution. *Frontiers in Psychology*, 12, 640955. doi: 10.3389/fpsyg.2021.640955
- Fife-Schaw, C. (2006). Levels of Measurement. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Eds), *Research Methods in Psychology* (3.^a Ed.). Sage.
- Furnham, A., & Forey, J. (1994). The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional vs. complementary (alternative) medicine. *Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 458-469. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199405\)50:3<458::AID-JCLP2270500318>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199405)50:3<458::AID-JCLP2270500318>3.0.CO;2-V)
- Halvorsrud, L., & Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: A review of empirical studies published during 1994–2006. *European Journal of Ageing*, 4, 229–246. <https://doi.org/10.1007/s10433-007-0063-3>
- Isik, K., Ünver, H., & Yildirim, H. (2020). The relationship between the attitudes of individuals towards traditional and complementary alternative treatment and their health perceptions. *Journal of Public Health*, 28(6), 745-750. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01233-y>
- Kretchy, I. A., Boadu, J. A., Kretchy, J. P., Agyabeng, K., Passah, A. A., Koduah, A., & Opuni, K. F. (2021). Utilization of complementary and alternative medicine for the prevention of COVID-19 infection in Ghana: A national cross-sectional online survey. *Preventive Medicine Reports*, 24, 101633. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101633>
- Lauche, R., Langhorst, J., Paul, A., Dobos, G., & Cramer, H. (2014). Self-reported health and satisfaction of patients with chronic diseases who meditate: A case–control

- study. *Quality of Life Research*, 23(9), 2639-2644.
<https://doi.org/10.1007/s11136-014-0714-8>
- Man, M. A., Toma, C., Motoc, N. S., Necrelescu, O. L., Bondor, C. I., Chis, A. F., Lesan, A., Pop, C. M., Todea, D. A., Dantes, E., Puiu, R., & Rajnoveanu, R. M. (2020). Disease perception and coping with emotional distress during COVID-19 pandemic: A survey among medical staff. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4899.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17134899>
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Climepsi Editores.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS. Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios.
- Matarese, M., Lommi, M., De Marinis, M. G., & Riegel, B. (2018). A systematic review and integration of concept analyses of self-care and related concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 296-305. <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12385>
- National Centre for Complementary and Alternative Medicine. (2007). *What is complementary and alternative medicine (CAM)?*
<https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
- Oliveira, C., & Meneses, R. F. (2022). *Práticas não convencionais durante a pandemia: Relação com idade, género e escolaridade* [Manuscrito não publicado]. Universidade Fernando Pessoa.
- Pais Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(1), 77-99.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde - SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Prieto-Flores, M. E., Moreno-Jimenez, A., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo- Perez, F., & Forjaz, M. J. (2012). The relative contribution of health status and quality of life domains in subjective health in old age. *Social Indicators Research*, 106, 27–39.
<https://doi.org/10.1007/s11205-011-9791-z>
- Read, S. C., Carrier, M. E., Whitley, R., Gold, I., Tulandi, T., & Zelkowitz, P. (2014). Complementary and alternative medicine use in infertility: Cultural and religious influences in a multicultural Canadian setting. *The Journal of Alternative and*

- Santos, A. M., & Novo, R. F. (2020). Mental health inventory: Sensitivity and specificity of the Portuguese version of the MHI-38 and MHI-5. *Psychological Reports*, 123(4), 1452-1469. <https://doi.org/10.1177/0033294119850490>
- Silva, M., & Novo, R. (2002). *Inventário de Saúde Mental: Adaptação portuguesa para adultos de idade avançada*. Centro de Investigação em Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Sirois, F. M., & Gick, M. L. (2002). An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients. *Social Science & Medicine*, 55(6), 1025-1037. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00229-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00229-5)
- Skapinakis, P., Bellos, S., Oikonomou, A., Dimitriadis, G., Gkikas, P., Perdikari, E., & Mavreas, V. (2020). Depression and its relationship with coping strategies and illness perceptions during the COVID-19 lockdown in Greece: A cross-sectional survey of the population. *Depression Research and Treatment*, 2020(2020), 1-11. <https://doi.org/10.1155/2020/3158954>
- Tangkiatkumjai, M., Boardman, H., & Walker, D. M. (2020). Potential factors that influence usage of complementary and alternative medicine worldwide: A systematic review. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12906-020-03157-2>
- Teo, T. Y., Yap, J., Shen, T., & Yeo, K. K. (2016). Complementary and alternative medicine use amongst patients with cardiovascular disease in Singapore. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16(446), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1430-4>
- Testerman, J. K., Morton, K. R., Mason, R. A., & Ronan, A. M. (2004). Patient motivations for using complementary and alternative medicine. *Complementary Health Practice Review*, 9(2), 81-92. <https://doi.org/10.1177/1076167503261254>
- Üstündag, S., & Zencirci, A. D. (2015). Complementary and alternative medicine use among cancer patients and determination of affecting factors: A questionnaire study. *Holistic Nursing Practice*, 29(6), 357-369. <https://doi.org/10.1097/HNP.000000000000113>

- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 730-742. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>
- Vidal, M., Carvalho, C., & Bispo, R. (2013). Use of complementary and alternative medicine in a sample of women with breast cancer. *Sage Open, 3*(3), 1-4. <https://doi.org/10.1177/2158244013502497>
- Waldman, H. B., Cannella, D., Perlman, S. P., & MSCD, D. (2010). Do you consider complementary and alternative medicine in your medical history review? *Journal of the Massachusetts Dental Society, 59*(1), 24-26.

CONCLUSÃO GERAL

Conclusão

A presente dissertação teve como objetivos: caracterizar a autoperceção de saúde (geral e mental) e a utilização de práticas de saúde não convencionais de adultos residentes em Portugal, durante a pandemia de COVID-19; analisar a relação entre estas variáveis e características sociodemográficas dos indivíduos, nomeadamente género, idade e escolaridade; e analisar a relação entre a autoperceção de saúde e a utilização de práticas não convencionais. De modo a dar resposta a estes objetivos foram desenvolvidos três artigos.

Fazendo uma síntese dos resultados obtidos, no primeiro artigo, intitulado **Autoperceção de saúde durante a pandemia: Relação com idade, género e escolaridade**, verificou-se que metade da amostra classificava a sua saúde como “boa”, apresentando também uma perceção de boa saúde mental. No que se refere à relação entre a autoperceção de saúde geral e mental e as variáveis sociodemográficas em estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre participantes do género feminino e masculino, bem como entre participantes do grupo etário 30-50 anos e participantes com idades superiores a 50 anos, em termos da perceção de saúde geral e mental. Adicionalmente, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a escolaridade e a perceção de saúde geral ou mental.

No segundo artigo, com o título de **Práticas não convencionais durante a pandemia e correlatos sociodemográficos**, observou-se que mais de metade da amostra referiu recorrer a práticas de saúde convencionais e não convencionais, embora a maior parte dos participantes que reportaram usar práticas de saúde não convencionais o fizesse raramente. Das práticas de saúde não convencionais específicas consideradas, nomeadamente acupuntura, arteterapia, musicoterapia, osteopatia, psicoterapia, reiki e técnicas de relaxamento/exercícios de respiração, observou-se que as mais utilizadas pela amostra foram o relaxamento/respiração, psicoterapia, acupuntura e osteopatia. Verificou-se também que o género e idade não estavam associados com a utilização de práticas de saúde não convencionais ou a sua regularidade. Por outro lado, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da escolaridade, na medida em que participantes que apenas usavam práticas de saúde convencionais apresentavam um nível superior de escolaridade, quando comparados com participantes que usavam práticas de saúde convencionais e não convencionais.

No terceiro artigo, com o título **Relação entre autoperceção de saúde e práticas de saúde não convencionais**, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na perceção de saúde geral ou mental em função do tipo de práticas de saúde utilizadas. Da mesma forma, não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a regularidade de utilização das práticas de saúde não convencionais e a perceção de saúde geral e saúde mental.

É importante ter em consideração algumas limitações, na interpretação dos resultados obtidos. Em primeiro lugar, de salientar a grande homogeneidade da amostra, em particular ao nível do género, sendo a maioria da amostra constituída por participantes do género feminino, e escolaridade, uma vez que a maioria dos participantes completaram um grau do ensino superior. Seria por isso pertinente em estudos futuros o alargamento da amostra e uma maior heterogeneidade da mesma, para assim obter maior variabilidade dos dados.

De referir também o facto de o protocolo utilizado ser extenso, o que pode ter resultado num maior cansaço por parte dos participantes, influenciando assim as suas respostas às questões colocadas. Também em relação à recolha de dados, esta decorreu *online*, o que pode ter levado a que indivíduos que não se encontrassem tão confortáveis com o uso da internet e tecnologias optassem por não participar. Uma importante limitação tem também a ver com a avaliação das práticas de saúde não convencionais, sendo que o questionário utilizado para o efeito foi desenvolvido para o presente estudo, não tendo por isso sido testado previamente.

Adicionalmente, ao questionar os participantes sobre a sua utilização de práticas de saúde não convencionais, é possível que pessoas diferentes interpretem de forma distinta a questão, pensem em práticas diferentes, sendo obtidas deste modo respostas possivelmente incongruentes. Seria por isso importante, ao colocar esta questão, indicar exemplos das práticas às quais a questão se refere. Embora no início do questionário utilizado tenha sido de facto apresentado um esclarecimento em relação a esta questão, dada a dimensão do protocolo é possível que os participantes se tenham esquecido no momento em que iam responder às questões propriamente ditas. Em relação à avaliação da autoperceção de saúde geral, esta baseou-se na resposta a apenas uma questão, podendo no futuro ser utilizada uma escala que seja mais abrangente e integre as várias dimensões que constituem este importante constructo.

Tendo em mente os principais objetivos do presente estudo, pretendeu-se contribuir para ampliar o conhecimento sobre ambas as variáveis principais, num período particular em termos de saúde populacional, salientando-se a importância de continuar a desenvolver estudos no sentido de ampliar conhecimento e interesse por parte dos profissionais de saúde (e não só) acerca das práticas de saúde não convencionais conciliando, sempre que adequado, de modo seguro e eficaz, práticas de saúde convencionais e não convencionais na intervenção junto dos clientes/pacientes, com o objetivo de aumentar a confiança destes, a empatia pelo profissional, e promover a adesão ao tratamento, contribuindo para uma melhor saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Referências Bibliográficas

- Coleman, A. M., Hicks-Coolick, A., & Brown, A. F. (2015). The role of perception in developing healthy lifestyles and community engagement. *Journal of the Georgia Public Health Association*, 5(1), 45-50.
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: Perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics & Gerontologia*, 2(1), 32-37.
- Ho, S. H. (2018). Correlations among self-rated health, chronic disease, and healthcare utilization in widowed older adults in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 26(5), 308-315. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000248>
- Isik, K., Ünver, H., & Yildirim, H. (2020). The relationship between the attitudes of individuals towards traditional and complementary alternative treatment and their health perceptions. *Journal of Public Health*, 28(6), 745-750. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01233-y>
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). Estatística aplicada às ciências sociais e humanas. Climepsi Editores.
- Milner, A., Krnjacki, L., & LaMontagne, A. D. (2016). Age and gender differences in the influence of social support on mental health: A longitudinal fixed-effects analysis using 13 annual waves of the HILDA cohort. *Public Health*, 140, 172-178. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.06.029>
- National Institute of Complementary Medicine. (2007). *What is CAM?* http://www.nicm.edu.au/health_information
- Reid, R., Steel, A., Wardle, J., Trubody, A., & Adams, J. (2016). Complementary medicine use by the Australian population: A critical mixed studies systematic review of utilization, perceptions and factors associated with use. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16(1), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1143-8>.
- Ruthig, J. C., Chipperfield, J. G., Bailis, D. S., & Perry, R. P. (2008). Perceived control and risk characteristics as predictors of older adults' health risk estimates. *The Journal of Social Psychology*, 148(2), 667-688. <https://doi.org/10.3200/SOCP.148.6.667-688>
- Xue, C. C., Zhang, A. L., Lin, V., Da Costa, C., & Story, D. F. (2007). Complementary and alternative medicine use in Australia: A national population-based survey.

The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 13(6), 643-650.
<https://doi.org/10.1089/acm.2006.6355>.

Zarini, G. G., Vaccaro, J. A., Canossa Terris, M. A., Exebio, J. C., Tokayer, L., Antwi, J., Ajabshir, S., Cheema, A., & Huffman, F. G. (2014). Lifestyle behaviors and self-rated health: The living for health program. *Journal of Environmental and Public Health*, 2014, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2014/315042>

Zhang, Y., Leach, M. J., Hall, H., Sundberg, T., Ward, L., Sibbritt, D., & Adams, J. (2015). Differences between male and female consumers of complementary and alternative medicine in a national US population: A secondary analysis of 2012 NIHS data. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/413173>